

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa
com DPOC, em processo de transição**

Promoção do autocuidado no domicílio

Ana Luísa Madureira de Oliveira

Lisboa, Março

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa
com DPOC, em processo de transição**

Promoção do autocuidado no domicílio

Ana Luísa Madureira de Oliveira


Orientador: Prof^a Doutora Vanda Marques Pinto

Co-Orientador: Prof^o Ricardo Jorge Vicente Almeida Braga

Lisboa, Março

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Nenhuma dificuldade é superior à nossa determinação de vencer.”

Daniel Serrão

AGRADECIMENTOS

Aos colegas de curso que ajudaram nas partilhas e trabalhos à distância.

Aos profissionais da equipa multidisciplinar dos locais em que tive o prazer de estagiar pelos contributos e disponibilidade.

Ao Prof. Ricardo pela orientação e partilha de conhecimentos.

À minha família pelo incentivo, confiança, compreensão e pelo apoio, mesmo nas ausências.

Ao João pelo apoio incondicional, ao entusiasmo, a nunca desistir dos meus sonhos e projetos, a escutar os meus desabafos e a valorizar as minhas conquistas.

A todos,

MUITO OBRIGADO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAMP - Associação Nacional de Amputados

ATS- American Thoracic Society

BIPAP - Pressão positiva contínua bifásica

CAT - Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test

CHLN- Centro Hospitalar Lisboa Norte

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVF - Capacidade Vital Forçada

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EASTIN - Rede Europeia de Informação sobre Produtos de Apoio para Pessoas com Deficiência

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FEV1 – Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

INR- Instituto Nacional de Reabilitação

mMRC - Modified British Medical Research Council Questionnaire

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PNDR – Plano Nacional para as Doenças Respiratórias

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RR – Reabilitação Respiratória

SPEAK – Speech, Perception, Education, Access and Knowledge

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UP – Úlcera de Pressão

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. A sua cronicidade, caracterizada por uma obstrução persistente e progressiva das vias aéreas, associada ao aumento do envelhecimento populacional e à exposição a fatores de risco, leva a um crescente aumento dos casos de internamento por exacerbação da doença, que culmina na maioria das vezes, em limitações no autocuidado.

É no domicílio que o cliente com DPOC se depara com múltiplas dificuldades funcionais e/ou estruturais, importantes, que em meio hospitalar não é possível, muitas vezes reeducar ou capacitar. O simples fato de constatar com a realidade envolvente do cliente, permite estabelecer objetivos tangíveis, utilizar e ajustar os meios disponíveis e já conhecidos do cliente e cuidadores, facilitando todo o processo de autogestão da doença e de autonomia no autocuidado domiciliário. A enfermagem de reabilitação, sendo uma área em que dá ênfase ao cliente e não à doença, e com competências para capacitar a pessoa para uma máxima independência no autocuidado, constitui um elemento chave neste processo de transição para a dependência no autocuidado.

Os objetivos deste relatório consistem na descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Pretende-se ainda dar ênfase ao acompanhamento no domicílio do cliente com DPOC, pelo EEER.

Como conclusões verificou-se que um plano de enfermagem de reabilitação respiratória, no domicílio, ao cliente com DPOC pode garantir a continuidade dos cuidados iniciados no hospital, melhorar as atividades de vida diárias e qualidade de vida, o que tem impacto positivo na história natural da doença, reduz complicações e ainda contribui para uma melhor inserção do cliente na comunidade.

Palavras-chave: DPOC; transição; domicílio; enfermagem de reabilitação; autocuidado

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is considered one of the leading causes of morbidity and mortality in the world. Its chronicity, characterized by persistent and progressive obstruction of the airways, associated with an increase in population aging and exposure to risk factors, leads to a growing increase in cases of hospitalization due to exacerbation of the disease, which culminates most of the time, limitations in self-care.

It is at home that the client with COPD is faced with multiple important functional and / or structural difficulties, which in a hospital environment is not possible, often re-educate or train. The simple fact of seeing with the client's surrounding reality allows us to establish tangible goals, to use and adjust the available and known means of the client and caregivers, facilitating the whole process of self-management of the disease and autonomy in home self-care. Rehabilitation nursing, an area that emphasizes the client and not the disease, and with competencies to empower the person for maximum independence in self-care, is a key element in this process of transition to dependence on self-care.

The objectives of this report are the description, analysis and reflection of the activities carried out in the context of internships, which contributed to the development of common and specific skills of Nursing Specialist in Rehabilitation Nursing (EEER) recommended by the Order of Nurses. It is also intended to emphasize the follow-up at the home of the client with COPD by the EEER.

As a conclusion, it was verified that a home-based respiratory rehabilitation nursing plan for the COPD client can guarantee the continuity of care initiated at the hospital, improve daily life activities and quality of life, which has a positive impact on natural history reduces complications and contributes to a better insertion of the client in the community.

Key words: COPD; transition; home; rehabilitation nursing; self-care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM DPOC	
15	
1.1. A transição na DPOC	16
1.2. A Reabilitação Respiratória e a Promoção do Autocuidado no Cliente com DPOC	20
1.2.1. Influência da literacia em saúde na gestão da DPOC	24
1.3. Cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio	26
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EEER... 28	
2.1. Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas	28
CONCLUSÃO	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto de Estágio

APÊNDICE II- Jornal de Aprendizagem I: O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária.

APÊNDICE III – Plano de cuidados MM Parkinson

APÊNDICE IV - Jornal de Aprendizagem II: A propósito das acessibilidades.

APÊNDICE V - Plano de cuidados AL DPOC

APÊNDICE VI – Plano de Cuidados e Pesquisa: Fibrose Quística

APÊNDICE VII- Folheto Acapela e Flutter/Shaker

APÊNDICE VIII – Comunicação livre e resumo: “A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC”

ANEXOS

ANEXO I – Avaliação combinada DPOC, CAT e mMRC

ANEXO II – Objetivos Pneumologia

ANEXO III – Certificado de presença Meeting de Enfermagem (CHLN Outubro 2015)

ANEXO IV – Certificado de presença no Congresso APER 2015.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Frequência e duração do programa de RR.....	22
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Este relatório de estágio procura refletir e analisar criticamente as atividades realizadas do decurso do estágio e as competências adquiridas no mesmo. O percurso teve início com a elaboração do projeto de estágio (apêndice I), tendo os estágios sido realizados numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na área de Lisboa, e ainda num serviço de pneumologia de um Hospital Central também de Lisboa.

No PNDR 2012 – 2016 é referido que em 2030 a DPOC poderá tornar-se a 3ª causa de morte em todo o mundo (DGS, 2013). A mesma fonte menciona que a prevalência da DPOC é de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos e aumenta com a idade e com a carga tabágica, em ambos os géneros. Tem maior expressão no grupo etário dos 50 aos 59 anos (10,2%) e acima dos 70 anos (30,8%). Nesta última faixa etária e no sexo masculino a prevalência de DPOC é muito elevada, atingindo valores de 47,2%.

A pessoa com DPOC, confronta-se com alterações fisiológicas, nomeadamente perda de capacidade para efetuar uma limpeza eficaz das vias aéreas, diminuição da capacidade ventilatória e consequente ineficácia nas trocas gasosas, o que contribui para um quadro de dispneia, fadiga, perda de capacidade de resistência ao esforço e ainda de *endurance* muscular. Este cenário é facilitador para a instalação da dependência na realização das atividades de vida, nomeadamente na capacidade para o autocuidado, tornando-o assim dependente (Soares, 2012; ONDR, 2014; Nakken *et al.*, 2015).

Segundo a CIPE2 (2010, p.41), “autocuidado é uma actividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida”. Assim, e tendo em conta que as alterações ao nível respiratório interferem com a realização do autocuidado, podendo progredir para a dependência, torna-se

necessário capacitar estas pessoas com recursos que permitam a promoção da autonomia, conforto e bem-estar, com o objetivo de promover a autogestão da doença, a autonomia e ainda maximizar a sua qualidade de vida.

A DPOC é geradora de uma situação de mudança, que pode ser muitas das vezes dramática, involuntária, geradora de stress, instabilidade e insegurança (Zagonel, 1999; p.4). Meleis (2010) defende que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar. Reforça dizendo, que a experiência da transição exige que cada pessoa adquira novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos acontecimentos e que, naturalmente altere a definição de si mesmo no contexto social. Assim, cabe ao enfermeiro o papel de “aliviar, confortar, manter as forças para combater a doença” (Collière, 2001; p. 179), do cliente, com o objectivo de facilitar o processo de transição, a aprendizagem de novos conhecimentos e competências.

Segundo a GOLD (2015), são objectivos do tratamento da DPOC: a redução dos sintomas; a prevenção da progressão da doença; a melhoria da tolerância ao exercício; a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida; a prevenção e tratamento de complicações; a prevenção e tratamento de exacerbações; ainda a redução da mortalidade.

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2011d) recomenda como estratégias para prevenção das agudizações da DPOC a cessação tabágica, a vacinação anual contra a gripe, a otimização da terapêutica com associações de broncodilatadores de longa duração e corticosteróides, a inclusão em programas de reabilitação e ainda a autogestão da doença.

A DGS (2009, p.1) refere que a Reabilitação Respiratória (RR) é: “(...) desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações da doença”.

NICE (2010) recomenda que a RR seja disponibilizada a todos os doentes com DPOC que tiveram internamento hospitalar recente por exacerbação da doença. Refere ainda que, a readmissão hospitalar diminui substancialmente quando o cliente inicia RR ainda durante o internamento por agudização ou

imediatamente após a alta, em serviços de ambulatório com programas supervisionados durante 6 semanas a 6 meses.

Neste sentido a DGS (2006), através da Circular Normativa nº 06/DSPCS, regulou a prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários, em que estabelece as regras técnicas de boas práticas de prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários.

Os clientes reabilitados em casa recuperam mais depressa, pois os objetivos da reabilitação são-lhes mais familiares, tendo ainda a família um papel mais participativo (Mayo *et al.*, 2000). A reabilitação respiratória realizada no domicílio é mais vantajosa para o cliente e prolonga o benefício obtido no meio hospitalar (DGS, 2009), podendo ainda trazer benefícios equivalentes à reabilitação respiratória realizada no hospital, de uma forma rentável (Holland *et al.*, 2013). Assim, um plano de enfermagem de reabilitação respiratório, no domicílio, pode ser um programa eficaz, barato e acessível para diminuir a fadiga e melhorar as AVD e a qualidade de vida, dos clientes com DPOC (Mohammadi *et al.*, 2013).

Viera (2007, p.155), refere que “os enfermeiros trabalham com pessoas ao longo do ciclo de vida, saudáveis e doentes, em ambientes de alta tecnologia, (...) onde a principal arma terapêutica é o próprio enfermeiro e a relação que estabelece”. Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde/ doença é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros de reabilitação trabalham com os clientes para atingir o nível máximo de independência funcional na realização das AVD, promovendo o autocuidado e reforçando comportamentos de adaptação positiva (Hoeman, 2000).

Hesbeen (2010, p. 11) refere que com “a evolução da Enfermagem, surge a necessidade de um profissional em Enfermagem com competências específicas e modos de ação diferenciados, tendo em conta as necessidades em reabilitação da pessoa”. O resultado será a melhoria da qualidade de vida, da capacidade funcional e consequentemente uma maior participação a nível familiar, social e profissional. Além do mais, contribuirá para reduzir os gastos em saúde, o número de internamentos, de consultas e de deslocações aos serviços de urgência dos hospitais.

O interesse por esta temática teve origem na prática laboral. Trabalho num serviço de medicina interna, em ambiente hospital, e constato que esta doença crónica é responsável por um elevado número de internamentos por agudização; os clientes com DPOC referem condicionar as suas atividades em função dos sintomas como fadiga e dispneia, não saindo de casa por esse motivo; mencionam ainda desconhecimento de estratégias de autogestão da sua doença, assim como de estratégias facilitadoras para a realização das atividades do dia-a-dia. Face ao exposto e devido ao fato da instituição onde trabalho não apresentar resposta a nível ambulatório para o acompanhamento destes clientes, procurei aprofundar a temática, nomeadamente a importância da reabilitação respiratória e ainda do acompanhamento no domicílio do cliente com DPOC, pelo EEER.

Assim o objetivo geral definido foi: **Desenvolver competências como EEER na promoção do autocuidado domiciliário à pessoa com DPOC**. Os objetivos específicos delineados para o atingir foram:

- ✓ Aprofundar conhecimentos de enfermagem especializados na abordagem ao cliente com DPOC, em particular na promoção do autocuidado domiciliário.
- ✓ Prestar cuidados especializados ao cliente com DPOC, em particular na promoção do autocuidado domiciliário e autogestão da doença.
- ✓ Desenvolver intervenções especializadas com vista a minimizar os efeitos resultantes do processo de doença, permitindo à pessoa evoluir progressivamente para a autogestão da doença.

Este relatório inicia-se com uma introdução; segue-se a contextualização da temática, onde é abordado o processo de transição na DPOC, a importância da RR e a promoção do autocuidado do cliente com DPOC, a influência da literacia na gestão da doença e ainda a importância do EEER no cuidar no domicílio destes clientes. Segue-se a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, com vista à aquisição de competências gerais e específicas de especialista em enfermagem de reabilitação, e por último a conclusão.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM DPOC

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é caracterizada por uma obstrução persistente e geralmente progressiva das vias aéreas, sendo uma das principais causas de morbilidade e 4ª causa de morte no mundo. As exacerbações e a presença de co-morbididades influenciam a gravidade e o prognóstico. É previsível que a sua incidência aumente pela maior exposição a fatores de risco e envelhecimento, tendo um importante impacto económico (ONDR, 2014).

O diagnóstico deverá ser considerado em indivíduos com idade superior a 40 anos com história de sintomas crónicos progressivos (dispneia, tosse, expectoração, pieira e opressão no peito devido a esforço físico) e/ou exposição a fatores de risco (tabaco, poeiras e gases inalados) (DGS, 2007). O recurso à espirometria permite confirmar a presença de limitação obstrutiva do fluxo aéreo após administração de um broncodilatador, sendo a percentagem da capacidade vital forçada que se consegue expirar no primeiro segundo após uma inspiração máxima (FE1/CVF – Índice de Tiffeneau) inferior a 70% (DGS, 2005).

As alterações patológicas pulmonares conduzem a alterações fisiológicas que são características da DPOC, como hipersecreção de muco, disfunção ciliar, limitação do débito aéreo, hiperinsuflação pulmonar, anomalias das trocas gasosas, hipertensão pulmonar e *cor pulmonale* (DGS, 2005; Cordeiro *et al.*, 2014). As alterações referidas desenvolvem-se, geralmente, por ordem no processo de evolução da doença.

De acordo com as *guidelines* GOLD (2015), a DPOC deve ser avaliada de forma combinada, tendo em conta a avaliação de três parâmetros: sintomatologia do doente, utilizando escalas (CAT e mMRC); número de exacerbações; e Grau de gravidade da doença: classificação GOLD, baseada na espirometria (Anexo I). Esta avaliação combinada ajudará na escolha da intervenção mais adequada.

A capacidade para a realização das atividades de vida diária está diretamente relacionada com a tolerância à atividade fortemente comprometida na pessoa com DPOC (Soares, 2012). A pessoa com DPOC fica vulnerável perante as mudanças

que esta situação pode provocar nos seus processos de vida, nomeadamente no autocuidado, necessitando de apoio para restabelecer as rotinas e diminuir o “conflito” durante o período da transição (Meleis, 2010).

Os enfermeiros perante um cliente com DPOC implementam terapêuticas de enfermagem, com o objetivo de promover a independência no autocuidado, a readaptação funcional e a gestão do regime terapêutico, o que terá impacto, por um lado na melhoria da qualidade de vida do cliente, e por outro, no aumento da responsabilidade pessoal no autocontrolo da doença, desenvolvendo em conjunto processos eficazes de lidar com a nova situação de saúde/doença (Leite, 2012).

1.1. A transição na DPOC

Chick & Meleis (1986) definem o conceito de transição como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, estando associado a algum grau de auto redefinição. Segundo estes autores, as transições entram no domínio da enfermagem quando se relacionam com a saúde ou doença, ou quando as respostas da transição se expressam em comportamentos relacionados com a saúde.

O cliente com DPOC apresenta limitações provocadas pela doença que se repercutem a nível de vários órgãos e sistemas, nomeadamente no sistema pulmonar, músculo-esquelético, nutricional, a nível socioprofissional e familiar (Cordeiro *et al.*, 2014). Todas estas alterações tornam o cliente vulnerável, sendo por isso fundamental dotar a pessoa de conhecimentos e capacidades para se adaptar e lidar com as limitações impostas por esta doença crónica.

Vulnerabilidade pode ser descrita como uma situação em que fatores internos e externos podem conjugar-se de forma a dificultar a opção por estratégias de *coping* que facilitem o processo de transição, expondo o indivíduo a situações de risco, recuperação prolongada ou adaptação ineficaz. Para compreendendo o processo de transição que está a viver é necessário ter consciência das suas próprias necessidades e dificuldades, (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

A teoria das transições permite ao profissional de enfermagem uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e

aprofundada, é possível estabelecer orientações para a exercício profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro colocar em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica perante a transição que a pessoa vivencia (Meleis *et al.*, 2000).

Nesta teoria, o objeto dos cuidados de enfermagem é a pessoa em transição. O cliente é definido como um “ (...) ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, (...) experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio” (Meleis, 2012; p.107). Assim, a enfermeira interage («*interação*») com um ser humano numa situação de saúde-doença («*cliente de enfermagem*»), ser humano que é parte integrante do seu contexto sociocultural («*ambiente*») e que está a viver uma transição ou a antecipação de uma transição («*transição*»); as interações enfermeira-cliente organizam-se em torno de uma intenção («*processo de enfermagem*») e a enfermeira utiliza algumas ações («*terapêuticas de enfermagem*») para promover, recuperar ou facilitar a saúde («*saúde*») (Meleis & Trangenstein, 1994; p. 256). Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa e, assim, influenciam o resultado das mesmas (Zagonel, 1999; Meleis, 2010).

O processo de transição pode ser desencadeado por eventos de saúde-doença, os quais na sua fase aguda inicial provocam uma crise. Esse processo exige do ser humano a utilização de mecanismos e recursos de suporte e de adaptação, para enfrentar a crise. Estes períodos de crise são essencialmente valiosos, no sentido de desenvolver a habilidade da pessoa em apreender algo de valor com e experiência, possibilitando um ganho subjetivo em compreensão, sabedoria e auto-conhecimento (Zagonel, 1999; Meleis, 2010).

Quando os mecanismos de resolução de problemas não funcionam, surge tensão e stress, com sentimentos de ansiedade, temor, culpa, vergonha e com desorganização de funções. Uma crise é essencialmente uma perturbação do equilíbrio, de um estado estável, exigindo imediatamente novos padrões de comportamento (Zagonel, 1999; Meleis, 2010).

Existem propriedades essenciais das transições:

-**Consciencialização:** está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciência reflete-se, muitas vezes, no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas esperadas e as percepções dos indivíduos que vivenciam transições semelhantes (Meleis *et al.*, 2000). Chick&Meleis (1986) consideram que a consciencialização é uma característica definidora da transição, e que a ausência de consciência da mudança poderá significar que um indivíduo não iniciou a experiência de transição;

- **Envolvimento:** o nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, pois a pessoa só pode envolver-se depois de ter noção da mudança. O nível de envolvimento de uma pessoa que reconhece as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, será diferente daquela em que tal não acontece. Exemplos de envolvimento são a procura de informação, recurso a modelos e preparação ativa e pró-ativa da modificação das atividades (Meleis *et al.*, 2000);

- **Mudança e diferença:** todas as transições envolvem mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com transições. As transições podem ser o resultado da mudança e podem resultar em mudança. Sendo assim, é essencial conhecer e descrever os efeitos e significados da mudança, para compreender plenamente o processo de transição. As dimensões da mudança incluem a natureza, temporalidade, importância ou gravidade atribuída, e as expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos, rutura nas relações, rotinas, ideias, percepções e identidades. A diferença é outra propriedade das transições associada à mudança. Refere-se às expectativas não satisfeitas ou divergentes, diferentes sentimentos, ou ver o mundo e os outros de outra forma. Contudo, a diferença nem sempre implica alteração do comportamento (Meleis *et al.*, 2000).

No processo de transição saúde/doença existam condições facilitadoras e inibidoras do processo, que é fundamental compreender para adaptar as estratégias no sentido de ultrapassar os fatores negativos e dar ênfase aos favoráveis (Meleis *et al.*, 2000). Exemplos destas condições são o significado atribuído, as crenças e atitudes pessoais, o nível socioeconómico e a preparação e conhecimento prévio à transição; o suporte social, em diferentes dimensões que variam desde o apoio

familiar e do grupo de pares até ao apoio dos técnicos de saúde e às ajudas técnicas que poderão ser necessárias

Perante um processo de transição os padrões de resposta poderão ser:

- Indicadores de processo que caracterizam as transições saudáveis: sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado, desenvolver confiança e *coping* (Meleis *et al.*, 2000);

- Indicadores de resultado: mestria no desempenho de novas competências (a mestria revela um progresso nas capacidades e competências do indivíduo, que lhe permitem viver a transição com sucesso. São exemplos de mestria a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou desenvolvimento de relações sólidas com outros indivíduos e aprendizagem de formas de adaptação à mudança através da consciência do *self*, reformulação de identidades (a integração fluida da identidade está relacionada com a forma como o indivíduo incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridos, para uma melhor adaptação à realidade após a transição) (Meleis *et al.*, 2000).

A transição para a dependência no autocuidado poderá ser um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual o EEER pode contribuir de forma significativa quer na promoção do autocuidado, quer na qualidade dos processos de transição vividos pelo cliente (Pereira, 2012). O autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e do bem-estar, através do aumento do conhecimento e habilidades, onde o EEER é uma mais-valia (OE, 2011; Petronilo, 2012).

Assim, as intervenções do EEER como agente de mudança passam por conceder à pessoa e/ou família conhecimento, estratégias de resolução de problemas e dos comportamentos a adotar para conseguir resultados, bem como contribuir para o fortalecimento da equipa entre os colegas de profissão (Hoeman, 2000).

1.2. A Reabilitação Respiratória e a Promoção do Autocuidado no Cliente com DPOC

A DPOC é uma doença crónica e progressiva que torna difícil, ao cliente, encontrar a energia necessária para o autocuidado. As rotinas de tratamento exigem que o cliente adquira habilidades cognitivas, práticas e emocionais necessárias para pôr em prática mudanças comportamentais de longo prazo que permitam controlar a doença, manter a autonomia e a qualidade de vida (Padilha, 2013; GOLD, 2015).

A pessoa com DPOC vê o seu trajeto de vida afetado não só pelo seu estado funcional, com limitações nas atividades básicas e instrumentais, mas também pela presença de sintomas como a dispneia e a fadiga (Soares, 2012; Nakken *et al.*, 2015; Padilha *et al.*, 2016).

A DGS (2009) identifica a diminuição das crises e consequente recurso aos serviços de saúde, como uma das evidências científicas disponíveis sobre os benefícios da RR. Makundu&Matti (2015) acrescentam que a RR tem impacto na diminuição da mortalidade dos doentes com DPOC e dos internamentos hospitalares. A RR melhora ainda o controlo dos sintomas (nomeadamente na dispneia, ansiedade e depressão), tolerância ao exercício, bem como, na capacidade para a realização das AVD, o que melhora a autonomia e qualidade de vida das pessoas com DPOC (Pryor&Webber, 2002; Makundu&Matti, 2015).

A realidade é que embora a DGS e a OMS considerem que a RR é uma medida não farmacológica de primordial importância, no tratamento destas pessoas apenas têm acesso menos de 1% dos doentes que dela beneficiariam (ODNR, 2014).

A RR é recomendável a partir do grupo B (doentes mais sintomáticos (CAT > 10 ou mMRC > 2), máximo de 1 exacerbação/ano (sem hospitalização) e Gold 1 ou 2, traduzindo também doença de baixo risco, mas com mais sintomas do que no grupo A) (Anexo I) e dirigida essencialmente a pessoas com sintomas incapacitantes e motivados para aderir ao programa (DGS, 2009; GOLD, 2015). Albert *et al.*, (2008) referem que outras indicações importantes para a RR são as hospitalizações e consultas frequentes, bem como a baixa adesão ao tratamento médico e oxigenoterapia.

Não há consenso em relação à duração dos programas de RR. Fernandes (2009) defende que um programa de RR deverá compreender 3 sessões supervisionadas por semana, por um período de 6 a 12 semanas, com benefícios na extensão do programa. Lynes (2007) acrescenta que cada sessão deve decorrer num período de 20 a 30 minutos. Programas com 2 horas de duração, com uma frequência de 3 vezes por semana, durante 6 a 8 semanas são recomendados por Jenkins (2008). Por sua vez Albert *et al.*, (2008) relatam que utentes em programa de RR mostraram melhorias consideráveis quando comparados com pessoas de um grupo de controlo, quando esses programas, se prolongam por mais de 6 meses. GüellRous *et al.*, (2014) menciona que a duração dos programas de reabilitação não deve ser inferior a 8 semanas ou 20 sessões. Man *et al.*, (2009) referem que ganhos em saúde obtidos com a RR tendem a desaparecer após 12 a 18 meses, mas mantêm a sua efetividade se o utente mantiver um programa de exercícios no domicílio. A DGS (2009) defende que os programas em ambulatório, com duração de 8 a 12 semanas têm vantagens na relação custo/eficácia. O quadro 1 sintetiza a frequência e duração do programa de RR.

Jenkins (2008) especifica que devem ser realizados ensinamentos sobre técnicas inalatórias, técnicas de conservação de energia e uma participação ativa na identificação e gestão das exacerbações. No entanto, é o treino físico que deve ser assumido como componente essencial para melhorar o estado geral da pessoa.

Relativamente à componente educacional a DGS (2009) sugere que sejam abordados temas como: a fisiopatologia das doenças respiratórias e patologias associadas, causas de dificuldade respiratória, sinais e sintomas, terapêuticas farmacológicas utilizadas, técnicas de reeducação funcional (ex: respiração diafragmática, com lábios semicerrados), técnicas de relaxamento, técnicas de conservação de energia, simplificação do trabalho nas atividades da vida diária, dieta adequada, informação sobre os equipamentos de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias e do seu modo de funcionamento viagens e meios de transporte, sexualidade, planeamento e intervenção nas agudizações, comunicação com a equipa de saúde.

PROGRAMA RR
Frequência
- 3 Sessões supervisionadas por semana, com a duração de 20/30min a 2h (Fernandes, 2009; Lynes, 2007; Jenkins, 2008).
Duração
- 6 a 12 semanas, mas recomenda-se que não seja inferior a 8 semanas ou 20 sessões (Jenkins, 2008; DGS, 2009, GüellRous <i>et al.</i> , 2014).
- Maior benefício se mais de 6 meses (Albert <i>et al.</i> , 2008).
- Ganhos em saúde tendem a desaparecer após 12 a 18 meses, mas mantêm se o cliente mantiver um programa de exercícios no domicílio (Man <i>et al.</i> , 2009).

Quadro 1. Frequência e duração do programa de RR

Soares (2012) refere que um plano de RR direcionado para a pessoa com DPOC deve ser composto por três pilares:

- ✓ Reeducação Funcional Respiratória,
- ✓ Permeabilidade das Vias Aéreas,
- ✓ Técnicas de Conservação de Energia.

A RFR que se centra em **técnicas de relaxamento, técnicas respiratórias e exercícios globais**, permitirá um controlo sobre a respiração, com melhoria da dispneia, que é o sintoma que mais condiciona a independência da pessoa e permite, ainda, readquirir capacidade física, através do treino de exercícios globais, que promovam não só o fortalecimento muscular, quanto o aumento da tolerância ao exercício, nomeadamente na caminhada. Em caso de crise de dispneia, devem ser treinadas as posições de descanso, como a “posição de cocheiro”, em que o diafragma adquire uma curvatura mais fisiológica e todos os músculos acessórios da respiração, pescoço, cintura escapular, e membros superiores ficam em posição de relaxamento; devendo a esta posição ser associada a técnica de dissociação dos tempos respiratórios (Mendes, 2013). Instruir para o reconhecimento da dispneia de forma a permitir maior tolerância à atividade física é fundamental. Assim é

importante intercalar períodos de descanso com atividade física. No período de descanso deve ser executada a dissociação dos tempos respiratórios e a expiração com os lábios semicerrados (DGS, 2009; Presto&Damázio, 2009).

A Permeabilidade das Vias Aéreas: que engloba a limpeza das vias aéreas com recurso a medidas específicas e gerais, facilitadoras da eliminação de secreções, de forma a prevenir agudizações, uma vez que estas pessoas são mais suscetíveis a infeções respiratórias.

As Técnicas de Conservação de Energia: que em conjugação com as técnicas respiratórias permitem, a realização das atividades de vida, com menor gasto energético, contribuindo para a autonomia da pessoa (Soares, 2012). No desempenho do autocuidado o cliente pode ser aconselhado a tomar banho sentado num banco; vestir/ despir, calçar e descalçar os sapatos sentado; fazer a higiene pessoal sentado (escovar os dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se); usar sapatos sem cordão; dividir o tempo para a realização de tarefas do dia-a-dia e não ter pressa aquando da sua realização; e subir escadas degrau a degrau (DGS, 2009). Estas alterações nas tarefas diárias reduzem a sensação de dispneia e diminuem o aparecimento de alterações metabólicas e respiratórias durante a realização das mesmas (DGS, 2009; Presto&Damázio, 2009). A planificação da realização das atividades e de períodos de descanso, a disposição dos objetos mais frequentemente utilizados em locais de fácil acesso e a eliminação de barreiras arquitetónicas são fundamentais para reduzir o gasto de energia (Mendes, 2013).

Relativamente ao uso de inaladores, Souza *et al.*, (2009) avaliaram a técnica inalatória em doentes com asma ou DPOC e demonstraram que, 10 dias após a primeira explicação, apenas 48,4% dos utentes realizavam a técnica corretamente. Esta realidade demonstra a necessidade de repetições periódicas da avaliação e demonstração da técnica por parte dos profissionais de saúde.

Existe um maior consumo energético e de oxigénio pelos clientes com DPOC na realização de AVD, que envolvem os membros superiores e inferiores, como comer, calçar os sapatos, caminhar, ou subir dois lances de escada. Assim, no que respeita ao exercício, este deve ser assumido como componente essencial para melhorar o estado geral da pessoa, especialmente a combinação do treino de

membros inferiores e superiores, uma vez que otimiza a melhoria da dispneia em esforço (DGS, 2009; Cordeiro *et al.*, 2014).

A DGS (2009) refere que a Reabilitação Respiratória é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata. Para que a sua implementação possa ser otimizada é necessário alertar, educar e treinar.

É através da educação para a saúde que o EEER promove e capacita a autonomia da pessoa/ família, ao fornecer informação adequada para o desenvolvimento de capacidades de autocuidado e comportamentos adaptativos, de forma a gerirem a doença e de prevenir complicações.

Padilha *et al.*, (2016) referem que para responder à necessidade dos clientes terem acesso a informações que apoiem o desenvolvimento de habilidades de autocuidado (ex: autocontrole da dispneia, uso de inaladores) é fundamental perceber o nível de literacia em saúde do cliente.

1.2.1. Influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

A promoção da literacia em saúde é indicada como o caminho a seguir na melhoria dos cuidados de saúde, em particular no que respeita às doenças crónicas, facilitando o acesso aos mesmos e a própria autogestão da doença (Araújo & Pinto, 2014).

A Literacia em Saúde é definida como um conjunto de competências cognitivas/sociais que permitem ao indivíduo ter acesso, compreender e usar a informação que visa a promoção e manutenção da saúde (DGS, 2011).

A literacia em saúde inclui a capacidade que os pacientes têm de comunicar com os profissionais de saúde, ler informação médica, tomar decisões acerca de tratamentos, seguir regimes médicos e decidir quando e como procurar ajuda médica (Monteiro, 2009). Assim, a intervenção do EEER deverá ter enfoque na promoção da literacia em saúde, com vista à promoção do autocuidado que promova mudanças no estado individual e coletivo de saúde, capacitação do indivíduo para a tomada de decisão, geradora do desenvolvimento de autoconfiança;

facilitando ao cliente a obtenção de informação relativa ao funcionamento dos serviços de saúde (Nutbeam, 2000).

Monteiro (2009) identifica as consequências da iliteracia em Saúde:

- ✓ Défice na autogestão da doença crónica;
- ✓ Baixa adesão terapêutica;
- ✓ Aumento de episódios de agudização (internamentos de repetição);
- ✓ Aumento dos custos de saúde;
- ✓ Perda de autonomia nas atividades de vida diárias;
- ✓ Diminuição da qualidade de vida.

A ideia é reforçada num estudo, que verificou que independentemente do nível socioeconómico, a baixa literacia em saúde está associada a maior gravidade da DPOC, aumento do sentimento de desamparo, pior resultado na qualidade de vida e maior risco de recorrer ao serviço de urgência (Omachi *et al.*, 2013),

É fundamental ampliar o conceito de assistência à saúde e intervenção de enfermagem para incluir atividades que transcendam o tratamento e estabilização dos clientes para englobar o desenvolvimento de habilidades de gestão de autocuidado; assim como elaborar e disponibilizar fontes de informação para a promoção de conhecimentos e competências dos clientes na área da gestão do autocuidado (Padilha *et al.*, 2016).

Os mesmos autores referem ainda que é fundamental analisar as necessidades de informação dos clientes, a utilidade percebida, a intenção e facilidade de uso de diferentes suportes tecnológicos para acesso a informações de saúde. Desta forma, o acesso à informação poderá ser fornecido, por exemplo, através de papel, vídeo e/ou telefone.

Assim, é importante a confiança entre profissional de saúde/doente, a promoção da comunicação (com recurso, por exemplo a pictogramas (Roberts&Partridge, 2011) e isento de terminologia técnica), a promoção de aprendizagem do cliente através das situações ocorridas no dia-a-dia, validar o ensino através de métodos *show me* ou *teach me back*, melhorar a consciência dos profissionais de saúde sobre as várias componentes da literacia em saúde durante o atendimento ao doente através do uso da mnemónica SPEAK (*Speech; Perception; Education; Access and Knowledge*) (Kobylarz *et al.*, 2006).

Pensando na aplicação desta mnemónica (SPEAK, em português: Discurso, Percepção, Educação, Acesso e Conhecimento) e tomando como exemplo a preparação de atividades educacionais ao cliente com DPOC, deverá ter-se em conta alguns aspetos:

- **Discurso:** O profissional de saúde, o cliente/cuidador/família falam a mesma língua? É necessário tradutor?
- **Percepção:** Existe algum desafio à comunicação, como a diminuição da acuidade auditiva do cliente/família/cuidador?
- **Educação:** Os materiais educacionais utilizados estarão culturalmente e linguisticamente adaptados ao cliente/cuidador/família?
- **Acesso:** De que forma o cliente/família tem acesso ao sistema de saúde? Poderá ser utilizado o contato telefónico? O *email*?
- **Conhecimento:** Como será feita a avaliação do ensino e que ferramentas serão usadas? Informal (por exemplo, observação direta) ou formal (por exemplo, uso de escalas ou questionários).

Esta estrutura simples permite aos profissionais de saúde, aumentar a sua própria consciência de componentes de alfabetização em saúde, durante a prestação de cuidados ao cliente.

1.3. Cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio

O EEER encontra-se numa situação singular para prestar cuidados de acordo com as suas competências, a pessoas com necessidades especiais no domicílio, promovendo a máxima independência nas atividades de vida diária e na qualidade de vida, quer do cliente quer dos seus cuidadores (OE, 2009).

Na comunidade o EEER tem como missão promover ações para a prevenção e tratamento da doença e de suas complicações, promover a adaptação do cliente às suas limitações e dificuldades, não só com o objetivo de manter as suas capacidades funcionais, mas também com o objetivo de otimizar, melhorar e manter a sua qualidade de vida, a sua socialização e inserção social e a sua dignidade (APER, 2010).

O EEER que cuida no domicílio, conhece a pessoa/família, o contexto envolvente, tendo por isso uma condição privilegiada para cuidar com qualidade da pessoa com DPOC, podendo através de algumas técnicas básicas na área da reabilitação respiratória, promover autonomia e melhorar a qualidade de vida, destas pessoas (Soares, 2012), uma vez que no domicílio podem ajustar os meios disponíveis e já conhecidos do cliente às suas novas necessidades, aumentando a sua compreensão e dos seus familiares. Assim, na intervenção realizada no domicílio há o privilégio de observar o ambiente em que o cliente está inserido, não só o espaço físico, mas também a dinâmica familiar. Estes poderão ser recursos a utilizar como pontos positivos e/ou pontos a trabalhar, para que o plano de reabilitação tenha sucesso.

Tiep *et al.*, (2015) referem que quando o cliente chegar a casa, após a alta por agudização da sua DPOC, poderá não se lembrar de uma significativa quantidade de informação que foi fornecida durante o processo da alta. Menciona ainda, que a falta de acompanhamento por profissionais de saúde, pós-alta, poderá por em causa o tratamento, como por exemplo: os doentes poderão não administrar corretamente os medicamentos e poderão permanecer sedentários.

Sendo a DPOC uma doença crónica, e estando o cliente no domicílio, a autogestão da doença por parte do cliente é fundamental, uma vez que terá impacto positivo na história natural da doença, reduzirá complicações e contribuirá para uma melhor inserção do cliente na comunidade (Bastos, 2013).

Continuar a reabilitação dos clientes quando estes regressam a casa é um meio de minimizar os efeitos resultantes do processo de doença, permitindo à pessoa evoluir progressivamente para a independência e promovendo o autocuidado domiciliário.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EEER

Com o objetivo de desenvolver as competências de EEER foram realizados 2 estágios: numa ECCI na área de Lisboa ECCI (28/09 a 26/11/2015); e num serviço de pneumologia de um Hospital Central também de Lisboa (30/11/2015 a 12/02/2016).

De seguida será realizado a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em ambos os contextos de estágio, que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER.

2.1. Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas

A ECCI na área de Lisboa, no âmbito de uma parceria com uma instituição de apoio à infância presta cuidados a duas gémeas, de 2 anos, ambas com doença neuromuscular em estudo, com miotonia congénita e hipotonia desde o nascimento, apresentando por isso um atraso global do desenvolvimento psicomotor; são alimentadas através de gastrostomia percutânea e realizam BiPAP durante a noite e sesta (apêndice II), o que conduz a problemas de atrofia muscular importante, sobretudo no que respeita aos músculos respiratórios. Estas alterações terão consequências como hipoventilação alveolar e hipercápnia, alterações da *compliance* pulmonar e atelectasias. O comprometimento torna-se evidente quando a eficácia da tosse é afectada. (Silva, 2011). A melhoria do suporte ventilatório conduz a uma melhoria acentuada da velocidade de crescimento com melhorias significativas nas variáveis peso e altura, resultante da supressão do gasto energético acrescentado pela insuficiência respiratória (Oktem *et al.*, 2008).

A intervenção do EEER teve como objetivo prevenir/reduzir as consequências mecânicas da obstrução pelas secreções, tais como a hiperinsuflação e a atelectasia; promover a ventilação/perfusão, o que permitirá maximizar os benefícios

e a segurança do trabalho ventilatório e possibilitar à criança atingir o seu máximo potencial. Para tal, foram utilizadas técnicas de reeducação funcional respiratória, entre as quais destaco:

- ✓ Posicionamento e drenagem postural (permite corrigir alguns defeitos posturais, contribuindo assim para a melhoria da ventilação; a drenagem postural permite mobilizar e facilitar a eliminação de secreções brônquicas, maximizar a ventilação/perfusão e ajudar na reexpansão pulmonar) (Heitor *et al.*, 1988; Castro *et al.*, 2009);
- ✓ Recurso a manobras acessórias como a compressão manual, vibração e percussão torácicas (de forma a assegurar a permeabilidade das vias aéreas), foi utilizado um brinquedo que vibra (Joaninha) para realizar as vibrações com “brincadeira”, uma vez que a brincadeira, como ferramenta contribui para a criação de um ambiente terapêutico e seguro.
- ✓ Não eram capazes de participar na tosse ativa, nem apresentavam tosse espontânea; tossiam apenas quando estimuladas com a sonda de aspiração; não conseguiam soprar nem apresentavam reflexo da tosse com compressão traqueal; pelo que era necessário recurso a aspiração de secreções;
- ✓ Exercícios de reeducação respiratória (o riso e o choro são estratégias muito eficazes de causar a expansão pulmonar; foram realizados exercícios de reeducação abdômino-diafragmática e costal, seletivos e globais com recurso aos brinquedos) (Heitor *et al.*, 1988; Castro *et al.*, 2009).

A seleção do interface da VNI influencia a integridade cutânea da face. No Meeting de Enfermagem em que participei (CHLN, Outubro 2015 – anexo III), o departamento de ventilação não invasiva apresentou os resultados de uma revisão sistemática de literatura, relativa à prevenção de úlcera de pressão da face. Assim a escolha adequada dos interfaces; a selagem dos mesmos, sem aperto excessivo; a rotatividade dos tipos de interfaces; a proteção das zonas de contato com apósitos hidrocolóide ou espuma; a realização de períodos de pausa para hidratação, alimentação e comunicação são importantes para a prevenção das UP da face. Os contributos e conhecimentos adquiridos neste meeting tiveram influência na melhoria

dos cuidados prestados, nomeadamente no caso exposto, uma vez que a UP da face é apenas uma das complicações na VNI.

A instituição de apoio à infância é a família destas crianças, sendo as funcionárias o alvo das intervenções educacionais. Ensino sobre as necessidades de ventilação; funcionamento, utilização e manutenção de interfaces de ventilação não invasiva; vigilância da eficácia da ventilação e possíveis complicações; técnicas de eliminação de secreções; inaloterapia; são fundamentais para tornar os cuidadores aptos a intervir nas diversas situações que se podem colocar, minimizando os riscos associados ao tratamento domiciliário e permitindo que estes se sintam confiantes na prestação de cuidados.

Com a intervenção e parceria da equipa, nomeadamente o EEER foi possível: diminuir as idas ao hospital para realização de reabilitação respiratória; reduzir o risco de infecção pela permanência em ambiente hospitalar; melhorar a qualidade de vida pela promoção das rotinas domésticas, que são favorecedoras do desenvolvimento infantil (Wong, 1999).

Na equipa o EEER contribui diretamente para a elaboração do plano de cuidados, com o objetivo: garantir a continuação eficaz do tratamento no domicílio, minimizando os riscos associados, alcançar o desenvolvimento e crescimento adequados à idade; otimizar a qualidade de vida da criança e família e a integração na sociedade. Assume-se também como elo de ligação entre a criança e família e os diferentes profissionais envolvidos na prestação de cuidados, através da deteção precoce de necessidades (Silva *et al.*, 2012).

Desta forma foram desenvolvidas competências de EEER nos domínios:

- B.3 – “Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro”.
- C.1 – “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”;
- D.1 – “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”;
- D.2 – “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos” (Regulamento nº 122/2011).

A propósito de um cliente da ECCL, Sr C., 80 anos, amputado de um dos membros inferiores por insuficiência vascular, independente em cadeira de rodas dentro de casa, e que com ajuda deambula de andarilho em casa (curtas distâncias),

professor de pintura com ateliê uma rua abaixo da sua residência, e que não conseguia sair da sua casa porque o elevador tem uma proteção que não permitia a entrada da cadeira de rodas, e em que o havia 2 degraus à entrada do prédio, não existindo rampa, sendo estas condições de acessibilidade que não permitiam a sua saída de casa sem ajuda de terceiros. Tinham sido já realizadas tentativas junto do condomínio para instalar rampa e ajustar elevador, mas em que o assunto “fica na gaveta”. Sem acessibilidade, as pessoas com deficiência ou que experimentam uma situação de limitação funcional não podem ser autônomas, nem utilizar os bens e serviços existentes na sociedade (INR, 2010). Promover a acessibilidade dos edifícios, trás ganhos de funcionalidade e autonomia, sendo um preditivo de qualidade de vida (decreto-Lei nº163/2006).

Perante o exposto foi realizado contato com o Instituto Nacional de Reabilitação (INR) e a Associação Nacional de Amputados (ANAMP) de forma a obter mais informações e esclarecimentos legais (apêndice IV).

Na situação concreta descrita, e após novo contato com o condomínio, foram entretanto retiradas as medidas para colocação de rampa no prédio de forma a agilizar a sua colocação. Estes contatos permitiram a aquisição de novos conhecimentos e ferramentas importantes, para melhor poder orientar e encaminhar situações como estas. Considero que a intervenção do EEER deverá minimizar o impacto das incapacidades funcionais, promover a reinserção na comunidade, capacitar para a realização das atividades do quotidiano, o que envolve também a melhoria das acessibilidades, informação acerca da legislação e produtos de apoio. Estas informações são facilitadoras para a incorporação de novos conhecimentos, o que contribuirá positivamente para a mudança de estado de saúde do cliente (Meleis, 2012).

Desta forma foram desenvolvidas competências de EEER no domínio:

- J2.2.-“Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (Regulamento n.º 125/2011).

Um outro cliente, acompanhado na ECCI, tinha como patologia principal a doença de Parkinson. A doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa, crónica e progressiva, na qual a marcha, a instabilidade postural e o discurso são as atividades mais atingidas (Campos *et al.*, 2009). Assim, a doença de Parkinson

poderá conduzir a uma perda de autonomia, aumento da dependência de terceiros e ainda perda da qualidade de vida (Sequeira, 2010).

Vara *et al.*, (2012) mencionam que entre os indivíduos com doença de Parkinson, as quedas são muito frequentes. Os mesmos autores reforçam que, o programa de reabilitação implementado a estes doentes deverá ter como objetivos a diminuição das limitações funcionais e das complicações, a promoção da atividade, bem como a participação e independência, com vista à promoção da qualidade de vida.

Com o exercício e consequente aumento da mobilidade poderá modificar-se a progressão da doença e impedir contraturas e deformidades, melhorar a amplitude de movimento, retardar a atrofia por desuso e a fraqueza muscular, promover a expansibilidade pulmonar e a mobilidade torácica, e ainda melhora a auto-estima (Campos *et al.*, 2009; Vara *et al.*, 2012).

Todas as intervenções realizadas com o cliente deverão ter continuidade de forma a prolongar os resultados no tempo, sendo o cuidador o nosso maior parceiro para que tal aconteça. A prestação destes cuidados pode ser desgastante e, normalmente acarreta um aumento do *stress* e da sobrecarga por parte de quem os exerce. Por outro lado, os cuidadores enfrentam um conjunto de desafios constantes, pelo que necessitam de se organizar e preparar adequadamente, para assim a vivenciarem de forma saudável a transição para este novo papel (Melo *et al.*, 2014).

O EEER será o profissional de saúde que prepara o cuidador para esta nova etapa, promovendo e incentivando a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagem de habilidades e capacidades relacionadas com a situação melhor adaptação (Meleis, 2010). O EEER é ainda elo de ligação com outros os profissionais de saúde, como por exemplo a assistente social, a psicóloga, a médica de família, de forma a satisfazer as necessidades do cliente e cuidador, de forma a manter um adequado nível de saúde e bem-estar.

Melo *et al.*, (2014) identifica as necessidades dos cuidadores para que a transição ocorra de uma forma positiva: recursos comunitários e sociais; conhecimentos e aprendizagem de habilidades, significado pessoal, crenças e atitudes; e condição socioeconómica. Assim, e nesta situação o EEER potenciou a

aprendizagem de competências instrumentais que permitiram diminuir a sobrecarga do cuidador e prestar melhores cuidados.

Com o plano de cuidados instituindo (apêndice III) foram obtidos ganhos significativos: o cliente não saía de casa desde Agosto e já vinha à rua acompanhado pela equipa de ECCI de 2ª a 5ªfeira; foi notória uma melhoria na marcha (deambulava no exterior sem apoio, mas ainda com dificuldade nos pisos irregulares); sobe e desce escadas sem apoio. A cuidadora referiu melhoria nas atividades de vida, nomeadamente vestir/despir e barbear-se; por vezes vai ao wc sem pedir ajuda para o uso do sanitário. O passo seguinte seria “passar o legado” ao cuidador de forma a dar continuidade à minha intervenção, uma vez que o comecei por instruir e o próximo passo seria treinar.

O recurso a escalas nomeadamente: escala de Lower (para avaliação da força muscular), escala de Equilíbrio de Berg, escala de Morse (risco de quedas), Índice de Barthel (nível de dependência), escala de Braden (risco de desenvolvimento de UP) e ainda a avaliação dos pares cranianos, foram ferramentas utilizadas no caso descrito e que permitiram adequar e reformular o plano de cuidados implementado (apêndice III).

Desta forma foram desenvolvidas competências de EEER nos domínios:

- J1.1.-“Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades”;
- J1.2.-“Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”;
- J1.3.-“Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”;
- J1.4.-“Avalia os resultados das intervenções implementadas”;
- J2.1. - “Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida”;
- J3.1.- “Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório”;

- J3.2.- “Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados” (Regulamento n.º 125/2011).

Devido à especificidade do serviço de pneumologia de um Hospital Central de Lisboa, senti necessidade em elaborar objetivos específicos para este local de estágio (anexo II).

No serviço de pneumologia implementei um plano de cuidados (apêndice V), a uma cliente com DPOC, o que permitiu trabalhar o tema do projeto. Possibilitou ainda compreender quais os métodos de avaliação do programa de reabilitação respiratória (ex. escalas de avaliação); compreender o impacto da doença crónica respiratória no dia-a-dia do cliente e adequar os ensinamentos e necessário. Por exemplo, As escalas aplicadas nomeadamente a *Escala London* e a *EuroQol* foram úteis de forma a direcionar os ensinamentos para as atividades mais afetadas (DGS, 2009). A realização das atividades de vida provocam na pessoa com DPOC cansaço e dispneia, devido ao recurso a uma respiração superficial e rápida, como mecanismo compensatório, pelo que é de fundamental contrariar esta tendência e dotar as pessoas de recursos que favoreçam a realização das mesmas, de forma controlada.

Os ensinamentos foram completados com a informação também em papel, através de folhetos (disponibilizados pelo serviço), de forma a poder consulta-los em caso de dúvida e para relembrar a informação. É importante que o cliente/, família conheçam a doença, as suas complicações e o processo de tratamento, de forma a tornarem-se mais alertas para a sua própria saúde e para os comportamentos terapêuticos e/ou preventivos a eleger. Bastos (2012) refere que a informação e o conhecimento são fatores determinantes para a execução das atividades de autocuidado, uma vez que ao serem incorporados estimulam o envolvimento da pessoa na promoção e/ou recuperação do autocuidado. Assim, no cuidado à pessoa com DPOC importa que os EEER tenham em consideração a literacia em saúde e a sua promoção com vista à melhoria na autogestão da doença e qualidade de vida.

O plano de reabilitação respiratória (apêndice V) instituído em contexto hospitalar teve por base exercícios que a doente poderá realizar em casa, podendo desta forma manter os exercícios no domicílio. Foi ainda programado um *followup*

telefónico, uma semana após a alta, de forma a perceber como decorre a adaptação da cliente à nova condição de saúde e adesão à OLD, VNI e inaladores.

Neste campo de estágio tive ainda a oportunidade de prestar cuidados a clientes com fibrose quística. Pela especificidade da patologia/cliente senti necessidade de aprofundar a temática de forma a implementar um plano de cuidados (apêndice VI) personalizado. Na sua grande maioria, estes clientes estavam na transição de idade pediátrica para a adulta, sendo que os objetivos da intervenção foram: melhorar a ventilação alveolar, melhorar a permeabilidade das vias aéreas e facilitar a drenagem das secreções brônquicas, incentivar e promover a realizar de forma autónoma de cinesiterapia respiratória, incentivar à autodrenagem de secreções e ainda ensinamentos sobre a alimentação.

Reabilitar é um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo, que visa a recuperação funcional do cliente, a sua reintegração na família, comunidade e sociedade, com o objetivo primordial de melhorar ou substituir, enquanto necessário, a função e limitar o impacto da incapacidade (Menoita, 2012).

Desta forma foram desenvolvidas competências de EEER:

- D.1 – “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”;
- D.2 – “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos” (Regulamento nº 122/2011);
- J3.1.- “Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório”;
- J3.2.- “Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados” (Regulamento n.º 125/2011).

Deixei ainda um contributo escrito, 2 folheto informativos acerca do acapela e Flutter/Shaker (apêndice VII) a ser usado pelo serviço, uma vez que esta foi uma lacuna encontrada no serviço como recurso em falta, e ainda porque é importante na manutenção no domicílio, do dispositivo de limpeza das vias aéreas. O recurso a estes dispositivos tem como objetivos melhorar a ventilação alveolar, a permeabilidade das vias aéreas e ainda facilitar a drenagem das secreções brônquicas, sendo importante por isso na higiene brônquica.

Desta forma foram desenvolvidas competências de EEER nos domínios:

- B1. “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”;
- B2. “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (Regulamento nº 122/2011).

Tive ainda oportunidade de estar um dia na consulta de VNI, que apesar de não ter sido uma atividade planeada, considero ter sido uma mais-valia, uma vez que os clientes estão no domicílio, o que permitiu perceber as suas dificuldades no dia-a-dia, com a VNI e OLD. Foi possível constatar, que por exemplo, a adesão à VNI no domicílio nem sempre é a desejável, apesar do cliente perceber os seus benefícios e importância.

Morais&Queirós (2013) identificaram as dificuldades e benefícios, relacionados com a adesão à VNI no domicílio referidos pelos clientes/cuidador com DPOC. Estes autores referem que as dificuldades surgem ligadas ao desconforto provocado pela máscara e alergias; ao ruído do ventilador, relacionado com o funcionamento e fugas (que provocam frio e vento). Já os benefícios identificados foram a redução da fadiga, a melhoria do sono, o aumento da força, a diminuição da dispneia e a redução de cefaleias.

Assim, o EEER deve ter em consideração os significados e crenças que os clientes/família atribuem à doença e aos tratamentos, quando têm como objetivo aceitação e adesão do regime terapêutico, devendo considerar as negociações/renegociações terapêuticas e a reestruturação familiar para a implementação e a manutenção da VNI no domicílio (Morais&Queirós, 2013).

A Prova de Marcha de 6 minutos (TM6m) é um exame também realizado nesta consulta. É um exame objetivo que permite avaliar a tolerância a pequenos e médios esforços, determinando a distância máxima que se consegue percorrer numa superfície plana e rígida (geralmente um "corredor"), durante um período de 6 minutos. Esta prova é uma mais-valia para realizar uma avaliação objetiva de sintomas (como a dispneia e a fadiga) e ainda a capacidade funcional para o exercício, avaliando desta forma o impacto da doença nas AVD. Uma vez que o impacto da doença nas atividades diárias é o aspecto primordial a considerar nas estratégias de tratamento, e a sua redução o objetivo principal. O TM6m pode ser

considerado um parâmetro a determinar neste âmbito em todos os clientes com insuficiência respiratória (ATS, 2002).

Em ambos os locais de estágio integrei-me na equipa, consegui planear e prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, avaliando a sua eficácia e reformulando-os; mobilizei recursos disponíveis; documentei as intervenções e decisões, bem como os resultados obtidos, partilhando-os com os restantes elementos da equipa de forma a garantir a continuidade e qualidade dos cuidados. Uma integração bem-sucedida de um EEER numa equipa interdisciplinar permite que os restantes elementos tomem consciência do seu papel como atores no processo de reabilitação, podendo agir como mediadores, tanto no meio profissional, como na sociedade em geral para atenuar o peso de deficiência, da incapacidade e da diferença, unindo esforços na missão comum que é o desafio da reabilitação do doente e família (Hesbeen, 2010).

O EEER como gestor de caso colabora com os restantes profissionais na tomada de decisões clínicas, tratamentos e cuidados tendo em vista o melhor interesse para o doente. A sua intervenção visa envolver a pessoa e família na tomada de decisão sobre os cuidados promovendo a sua autonomia, estabelecendo prioridades e executando cuidados de forma objetiva e sistemática (Hoeman, 2011).

Desta forma foram desenvolvidas competências de EEER nos domínios:

- A.1 – “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”
- C.1 – “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”;
- C.2- “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a optimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 122/2011).

Particpei ainda no Congresso APER, onde com outros colegas de curso elaboramos e apresentamos uma comunicação livre intitulada “A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC” (Apêndice VIII e anexo IV).

As dificuldades sentidas foram na articulação dos conteúdos teóricos com a prática, uma vez que cada situação é única, e por isso há necessidade de

adaptações e reajustes na prática de cuidados. Penso que os orientadores foram fundamentais, para que ultrapassado de forma positiva, contribuindo para a aquisição de estratégias facilitadoras.

Um programa de reabilitação adequado à pessoa deve ter em atenção a sua história clínica, os exames complementares de diagnóstico, a fase da doença, as comorbilidades associadas, a situação profissional, social e familiar, as capacidades de aprendizagem, bem como o local da realização do programa (domicílio, unidade ambulatório ou internamento).

Hesbeen (2010:63) refere que o processo de reabilitação “(...) *para além da pessoa que recebe cuidados e da sua família, recorre a inúmeros intervenientes, a diversos profissionais. Todos eles, no lugar que ocupam e com a profissão ou actividade, contribuem para a cultura de reabilitação*”. A possibilidade de poder realizar os estágios em ambientes distintos, comunidade e hospital, permitiu-me enquanto futura EEER, conhecer, compreender, aprender e desenvolver competências em cada uma das áreas. Estas são áreas complementares, onde o objetivo principal é a reintegração da pessoa na comunidade, possibilitando à pessoa evoluir progressivamente para a independência e promover o autocuidado.

Compreendi que no processo de reabilitação é fundamental que o EEER seja alguém que tem por função ajudar, apoiar e/ou criar condições para que os clientes/famílias sejam parceiros no processo de tomada de decisão. Assim, o EEER tem uma intervenção de “educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro da equipa” (Hoeman, 2000; p.17).

CONCLUSÃO

A realização deste relatório e as experiências vivenciadas ao longo dos estágios proporcionaram a aquisição e desenvolvimento de competências que permitiram integrar e articular os conhecimentos adquiridos na teoria, com a prática. Para além do desenvolvimento de competências na área da especialidade, foi ainda possível, desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência estimulando a procura do conhecimento científico. Desta forma considero que os objetivos propostos foram alcançados.

O cliente com DPOC apresenta limitações provocadas pela doença que se repercutem a nível de vários órgãos e sistemas e que por isso tem impacto na realização das atividades do dia-a-dia.

A intervenção do EEER no domicílio ao cliente com DPOC pode garantir a continuidade dos cuidados iniciados no hospital, nomeadamente o treino e manutenção de técnicas de reeducação respiratória, de gestão de esforço, de conservação de energia, de reconhecimento de dispneia e de gestão de agudizações. Pode ser ainda supervisionada e melhorada a gestão da terapêutica inalatória, oxigenoterapia e ventiloterapia. As intervenções educacionais, promotoras do conhecimento sobre estas temáticas, são medidas simples e fundamentais para melhorar a adesão e o autocuidado, o que permite o autocontrolo da doença no domicílio, o aumento da autonomia e a melhoria da qualidade de vida. Também diminuem as agudizações e a necessidade de internamento, minimizando a assim a progressão da doença.

Desta forma o EEER contribui para o bem-estar e autocuidado e ainda para a reeducação funcional, estes que são enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2015).

Num contexto de escassez económica e de dificuldade acrescida na alocação de recursos financeiros a todas as áreas onde são necessários, é imprescindível pôr em prática estratégias alternativas de prestação de cuidados de maior proximidade,

mais flexíveis e convenientes para o cliente e que sejam uma alternativa custo-benefício, nomeadamente ao cliente com doença crónica.

Continuar a reabilitação dos clientes quando estes regressam a casa é um meio de minimizar os efeitos resultantes de um internamento prolongado ou de uma incapacidade resultante de um processo de doença. O uso de recursos e tecnologias educativas, enquanto terapêutica de enfermagem, é um caminho promissor na vivência de transições saudáveis.

A articulação entre instituições hospitalares e comunitárias necessitam de ser reforçados e o EEER é profissional por excelência, que poderá ser o coordenador dos processos de regresso a casa e ainda fomentar a criação de protocolos de intervenção. Este é um dos desafios que se coloca, podendo servir de interesse e inspiração no sentido de promover a investigação científica sobre a temática, nomeadamente no acompanhamento do cliente com DPOC, assim como as estratégias para a manutenção dos benefícios da reabilitação a longo prazo.

Não posso deixar de referir que foi um longo percurso, bastante exigente não só pelo facto de se tratar de uma especialidade, mas também porque vinha do Algarve para Lisboa todas as semanas para assistir às aulas e realizar o estágio, o que permitiu conhecer novas realidades e contextos, que possibilitaram desenvolver competências técnicas, humanas, científicas e relacionais enquanto profissional e pessoa. Esta opção esteve relacionada com o facto de quer explorar uma realidade/recursos diferentes e com respostas de ambulatório e domiciliário, de forma a poder “levar” as aprendizagens e realidades para o meu contexto profissional. O futuro profissional poderá passar precisamente por aí, uma vez que pretendo colocar em prática os conhecimentos desenvolvidos, uma vez que nesta fase reconheço possuir um “olhar” diferente e conhecimentos que permitem uma abordagem diferenciada, que me possibilita uma intervenção especializada perante o cliente ao longo do seu ciclo de vital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, R. K.; Spiro, S. G., & Jett, J. R. (2008). *Clinical Respiratory Medicine*. 3ª edição..Philadelphia:Elsevier.
- APER (2010). Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação*. Disponível em: <http://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Araújo, T.; Pinto, C. (2014). Adaptar a Reabilitação Respiratória à realidade de saúde em Portugal. In Workshop sobre reabilitação respiratória, (s.l), Outubro 2014, Fundação Portuguesa do Pulmão. Disponível em http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ADAPTAR_A_REABILITACAO_RESPIRATORIA_A_A_REALIDADE_DA_SAUDE_EM_PORTUGAL.html).
- ATS (2002). ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* .166, 111:1177. DOI:10.1164/ajrccm.166.1.at1102
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Universidade Católica.
- Castro, A., Silva, S., Palhau, L.,(2009). Cinesiterapia Respiratória na Bronquiolite Aguda. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. Vol. 17.Nº 1. Ano 17.Disponível em: <http://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/viewFile/58/63>
- Campos *et al.*, (2009). Evidências na Reabilitação do Doente Parkinsonico. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. Vol 18, Nº 2, ano 17. 29:32. Disponível em:http://www.spmfr.org/download.php?path=pdfs&filename=NL_2009_2_SPMFR_journal_de_c09.pdf

- Chick, N.; Meleis, A.I.(1986). *Transitions: a nursing concern*. In: CHINN, P. L. Rockeville: Aspen, [Emlinha]. Revista Nursing research methodology. 1986. p. 237-257. Disponível em <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- CNCRD (2010). Relatório de situação. Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários em Portugal. Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários.
- Collière, Marie Françoise (2001). *Cuidar A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, Principios e Técnicas*. Lusociência
- Cordeiro *et al.*, (2014). Enfermagem de reabilitação e pessoa com DPOC: uma perspectiva da reeducação funcional respiratória. *Sinais Vitais*. N.º113 (4). 22:29
- Decreto - Lei n.º 163/2006. *Diário da República*, 1.ª série. 152 (8 -8-06) 5670-5689. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2006/08/15200/56705689.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006907.pdf>
- Direção Geral da Saúde, (2006). Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários. Circular informativa nº N.º: 06/DSPCS
- Direção Geral da Saúde, (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Circular informática nº N.º: 40A/DSPCD
- Direção Geral da Saúde (2010). Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC - Informação Complementar sobre a DPOC em Portugal. Disponível em: <http://www.dgs.pt/wwwbase/wwwinclude/ficheiro.aspx?tipo=0&mid=5005&id=20985&ambiente=WebSiteMenu>

- Direção Geral da Saúde. (2011d). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012 – 2016. 2ª edição. Revisão da 1ª edição de Abril de 2012.
- Disler, RT., Gallagher, RD., Davidson, PM., (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Studies*. 49, 230:242
- Ek K., Sahlberg-Blom, E., Andershed, B., Ternestedt, BM., (2011) Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing* 67(7), 1480:1490. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05604.x
- Fernandes, A., (2009). Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas*, 1.
- GOLD (2015). *Global initiative for chronic obstructive lung disease*. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.
- Güell Rous et al., (2014). Pulmonary Rehabilitation. *Archivos de bronconeumología Sociedad Española de Patología Respiratoria*. 50(8), 332:344. DOI:10.1016/j.arbres.2014.02.014
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência
- Hoeman, Sirley P. (2000) – *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Holland, AE., Mahal, A., Hill, CJ., Lee, AL., Burge, AT., Moore, R., ... McDonald, CF., (2013). Benefits and costs of home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease - a multi-centre randomised controlled equivalence trial. *BMC Pulmonary Medicine*. 13:57. DOI: 10.1186/1471-2466-13-57.

- Heitor et al., (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. (Eds). Lisboa: BoehringerIngelheim.
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para prática de enfermagem* (H. Castro, Trad.). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P (2010). Guia de Acessibilidades para Todos: Apontamento para uma melhor interpretação do decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto. ISBN 978-989-8051-04-2
- Jenkins, C. (2008). COPD management. Part I. Strategies for managing the burden of established COPD. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 12(6), 586:594.
- Kobylarz F., Pomidor A., Heath J. (2006). SPEAK: A mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. *Geriatrics*. 61(7): 20-7. Disponível em: http://www.cornellcares.org/education/pdf/SPEAK-A_mnemonic_tool_for_adressing_health_literacy_concerns_in_geriatric_clinical_encounters-3.pdf
- Lei n.º 32/2012. *Diário da República*, 1.ª série. 157 (14 -8-12) 4452-4483. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2012/08/15700/0445204483.pdf>
- Leite, M. (2012). *A avaliação da tipologia do autocuidado em clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica*. Tese para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Lynes, D. (2007). *The Management of COPD in PrimaryandSecondaryCare*. London. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=pskhyAByCaIC&pg=PA155&lpg=PA155&dq=Lynes,+The+Management+of+COPD+in+Primary+and+Secondary+Care.+London.&source=bl&ots=KdQdk9omLp&sig=4l6372V5f-EChqgaaQA8uWK8jw&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjBkl_WpvPLAhWIOBQKHSoXDH4Q6AEIKjAB#v=onepage&q=Lynes%2C%20The%20Management%20of%20COPD%20in%20Primary%20and%20Secondary%20Care.%20London.&f=false

- Makundu, L., Matiti, MR., (2015).Managing COPD using pulmonary rehabilitation: a literature review. *Nursing Standard*. 30 (14):38-43. Doi: 10.7748/ns.30.14.38.s44.
- Man, WD., Kemp, P., Moxham, J., Polkey, MI., (2009). Exercise and muscle dysfunction in COPD: implications for pulmonary rehabilitation. *Clinical Science*. 117(8), 281:291. Doi: CS20080660 [pii] 10.1042/CS20080660
- Mayo, NE., Wood-Dauphinee, S., Côté, R., Gayton, D., Carlton, J., ..., Tamblyn, R., (2000). There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*. 31,1016:1023. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/31/5/1016.long>
- Meeting de Enfermagem Pneumológica (2015). Centro Hospitalar Lisboa Norte. 21 e 22 de Outubro de 2015.
- Meleis, A.; Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6), 255-259.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.;Messias, D.; Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), 12:28.
- Meleis, A. et al., (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, nº 1, 12:28.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory.Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Reseach and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC, ISBN: 978-0-8261-0535-6. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing.Development& Progress*. 5ªEdição . Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, M. (2013). *Intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC*. Relatório de Trabalho de Projeto para obtenção de grau de

Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Santarém.
Escola Superior de Saúde de Santarém.

Melo, R., Rua, M., Santos, C., (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 2 - Mai./Jun. 143:151. DOI: 10.12707/RIV14003

Menoita, Elsa (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Odivelas: Lusociência. ISBN 9789728930783

Mohammadi, F., Jowkar, Z., Reza Khankeh, H., Fallah Tafti S.(2013). Effect of home-based nursing pulmonary rehabilitation on patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised clinical trial. *British Journal of Community Nursing*.18(8):398, 400-3. DOI:10.12968/bjcn.2013.18.8.398

Monteiro, M., (2009). *A literacia em saúde*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Morais, A.; Queirós, P. (2013). Adesão à ventilação não invasiva: Perspetiva do doente e familiar cuidador. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, 10(7), 7:14.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2010). Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Adults in Primary and Secondary Care. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13029/49397/49397.pdf>

Nakken, N., Janssen DJ., van den Bogaart EH., Wouters EF., Franssen FM., ... , Spruit MA., (2015). Informal caregivers of patients with COPD: Home Sweet Home? *European Respiratory Review*. 24, 498: 504. DOI: 10.1183/16000617.00010114

Nutbeam, D. (2008) – The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*. 67, 2072-2078

- Oktem, S., Ersu, R., Uyan, ZS., Cakir E., Karakoc, F., ..., Dagli, E. (2008). Home ventilation for children with chronic respiratory failure in Istanbul. *International Journal of Thoracic Medicine*. 76(1). 76:81. DOI: 10.1159/000110801
- Omachi, TA, Sarkar, U., Yelin, EH., Blanc, PD., Katz, PP., (2013). Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of General Internal Medicine*. 28(1), 74:81. Doi: 10.1007/s11606-012-2177-3
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. Vol. 2 - Cadernos OE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (OE) (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de reabilitação*. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. AG extraordinária 22.10.2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). *Core de Indicadores por categoria de enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. AG extraordinária 24.1.2015. disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
- ONDR (2014). *10º Relatório. Panorama em Portugal: Caminhos para o Futuro 2014/2015*. Observatório Nacional de Doenças Respiratórias. Disponível em: http://www.ondr.pt/11_Relatorio_ONDR.pdf
- Padilha, J. M. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação*. Tese para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa.
- Padilha, JM., Sousa, AP., Pereira, FM., (2016). Participatory action research: A strategy for improving self-care management in chronic obstructive pulmonary

disease patients. *Action Research*. Vol. 14(3) 240–256 .DOI: 10.1177/1476750315606196

Pereira, M. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. 1ª Edição. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989- 8269-17-1

Portaria nº 343/2015. *Diário da República*, 1.ª série. 199 (12 -10-2015) 8815-8831. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/70509054>

Portugal. Ministério da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde (2015). *Literacia em Saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>

Presto, B.; Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória*. 4º Edição. Rio de Janeiro

Pryor, J.A., Webber, B.A. (2002). *Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos*. 2ª ed. Rio Janeiro: Guanabara- Koogan

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. *Diário da República*, II série, N.º 35 (18/02/2011) 8648 – 8653

Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. *Diário da República*, II série, N.º 35 (18/9/2010) 8658-8659.

- Roberts, N.; Partridge, M. (2011). Evaluation of a paper and electronic pictorial COPD action plan. *ChronicRespiratoryDisease*. 8(1), 31: 40. DOI: 10.1177/1479972310382245
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel
- Silva, V. (2011). Abordagem da (dis)função respiratória aguda na criança com patologia neuromuscular. In *Seminário: Intervenção do Fisioterapeuta na (dis)função respiratória em pediatria- Da comunidade à Agudização*. Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto. Disponível em: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3372/1/COM_DavidTome_2012.pdf
- Silva *et al.*, (2012). O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária. *SalutisScientia*. Vol. 4(3). 14:25.
- Soares, M. S. R., (2012). *A pessoa com Oxigenoterapia de Longa Duração. Estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário*. Tese para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa.
- Souza *et al.*, (2009). Knowledge of and technique for using inhalation devices among asthma patients and COPD patients. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 35(9), 824:831. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19820807>
- Tiep, B., Carlin, B., Limberg, T., McCoy, R. (2015). COPD Patient 30-Day Hospital Readmission Reduction Program. *Nonin, WhitePeper*. P/N 10329-001-01. Disponível em: <http://www.nonin.com/copdwhitepaper>
- Vara, AC., Medeiros, R., Striebel, VLW., (2012). O Tratamento Fisioterapêutico na Doença de Parkinson. *Revista Neurociencias*. 20(2). 266: 272. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2002/revisao%2020%2002/624%20revisao.pdf>
- Vieira, Margarida (2007). *Ser enfermeira: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora. nº 16. 2ª Edição. ISBN 978-972-54-0195-8.

Wong (1999). Whaley e Wong *Enfermagem pediátrica: Elemento essenciais à intervenção efetiva*. (5.^a ed). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan

Zagonel, I.P.S. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajectória de Enfermagem. *Revista latino-americana Enfermagem*, 7 (3), 25-32. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Projeto de Estágio

**Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

***Cuidados de Enfermagem de Reabilitação
à pessoa com DPOC, em processo de
transição: Promoção do autocuidado no
domicílio***

Unidade Curricular: Opção I – Projeto de Estágio

**Regente
Miguel Serra**

**Docente Orientador
Ricardo Braga**

**Discente
Ana Luísa Madureira Oliveira**

Lisboa, Julho de 2015

Índice

0. Introdução.....	55
1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	57
2. Reabilitação Respiratória.....	59
2.1. Reabilitação funcional respiratória (RFR).....	62
2.2. Literacia em Saúde	62
3. Intervenção no domicílio	64
4. Referencial Teórico.....	66
5. Locais de Estágio	68
6. Competências, Objetivos e Atividades.....	69
7. Considerações finais.....	70
Referencias Bibliográficas.....	71
Anexo I- Guião de Entrevista.....	77
Anexo II – Locais de Estágio.....	80
Anexo III – Competências, Objetivos e Atividades	83
Anexo IV – Cronograma.....	88

0. Introdução

Este trabalho enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular Opção II, integrada no 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, tendo como objectivo principal a realização de um projeto de formação, a ser implementado no 3º semestre, no decorrer do período de estágio.

Este projecto de estágio visa responder a um conjunto de objectivos, no sentido de permitir a integração e interação enquanto especialista de enfermagem de reabilitação na prática de cuidados, nomeadamente: constituir um guia de orientação para o período de estágio; formular os objectivos específicos a concretizar no estágio; organizar os cuidados de enfermagem tendo em conta os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de especialização; constituir um instrumento de avaliação.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de: morbilidade crónica; perda de qualidade de vida; elevada frequência de consultas médicas e de serviços de urgência, assim como por um significativo número de internamentos hospitalares, frequentemente prolongados; contribuindo para o consumo de fármacos, de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias de longa duração (DGS, 2005).

A DPOC é uma doença que envolve, em primeiro lugar, o pulmão e os brônquios, com limitação dos débitos aéreos, dispneia, tosse e expectoração. O facto de os doentes terem cada vez maior dificuldade respiratória, condiciona a realização de tarefas diárias, entrando num “ciclo vicioso”. Gradualmente o doente começa a evitar fazer esforços devido à dispneia e torna-se cada vez mais sedentário. Esta “fuga” aos esforços físicos acaba por levar a descondicionamento multi-sistémico (cardiovascular, respiratório e muscular), agravando a sua incapacidade, chegando a ficar dependentes (ONDR, 2014). Estas alterações nas dinâmicas do indivíduo e família levam à procura de adaptações a nível físico, social, emocional e espiritual.

A limitação no autocuidado (ações desempenhadas pelos próprios indivíduos, que visam manter a vida, a saúde e o bem-estar) interfere com o bom

funcionamento e desenvolvimento, assim como, a integridade do ser humano dependem da execução eficaz do autocuidado (Orem,1991).

Assim, e tendo em conta que as alterações ao nível respiratório interferem com a realização do autocuidado, podendo progredir para a dependência, torna-se necessário capacitar estas pessoas com recursos que permitam a promoção da autonomia, do conforto e do bem-estar, maximizando a sua qualidade de vida.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) é fundamental neste processo de transição. Meleis (2007: 470) define transição como “uma mudança no estado de saúde, ou no papel das relações, expectativas ou habilidades”, implicando uma redefinição do sentido do eu no contexto social, através da aprendizagem de novos conhecimentos e competências que conduzem a alterações no comportamento, sendo esta uma das áreas de atuação dos enfermeiros.

A Reabilitação Respiratória (RR) consiste num programa de tratamento dirigido ao doente com disfunção respiratória, concebido e individualmente adaptado para otimizar a capacidade física e a autonomia, com objectivo preventivo, curativo e/ou reparador. O contexto domiciliário tem-se revelado como fundamental, no processo de cuidar, sendo facilitador das adaptações que se operaram face às reais necessidades das pessoas (Soares, 2012).

O presente projecto constitui um fio condutor na aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista de reabilitação. Assim sendo proponho-me trabalhar o seguinte tema: ***Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com DPOC, em processo de transição: Promoção do autocuidado no domicílio.***

Este trabalho inicia-se com uma introdução, segue-se a contextualização e justificação da temática, referencial teórico, identificação dos locais de estágio, definição de objectivos e considerações finais.

Palavras Chave: DPOC, domicílio, enfermagem de reabilitação.

1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

As doenças respiratórias crónicas, onde se inclui a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) atingem cerca de 40% da população portuguesa (Araújo, 2011). A Organização Mundial de Saúde (2007) prevê que em 2030 possa ser a quarta causa de mortalidade, apoiando esta previsão, essencialmente, no aumento da longevidade e no elevado consumo de tabaco observado. Em termos de doenças respiratórias, a mortalidade, em Portugal, é das maiores da Europa, apesar de ser um dos países com menor taxa de cancro do pulmão e vias aéreas e o país com menor taxa de internamentos por Asma e por DPOC (ONDR, 2014).

O diagnóstico deverá ser considerado em indivíduos com idade superior a 40 anos com história de sintomas crónicos progressivos (dispneia, tosse, expectoração, pieira e opressão no peito devido a esforço físico) e/ou exposição a fatores de risco (tabaco, poeiras e gases inalados) (DGS, 2007). O recurso à espirometria permite confirmar a presença de limitação obstrutiva do fluxo aéreo após administração de um broncodilatador, sendo a percentagem da capacidade vital forçada que se consegue expirar no primeiro segundo após uma inspiração máxima (FEV1/CFV) inferior a 70% (DGS, 2005).

As alterações patológicas pulmonares conduzem a alterações fisiológicas que são características da DPOC, como hipersecreção de muco, disfunção ciliar, limitação do débito aéreo, hiperinsuflação pulmonar, anomalias das trocas gasosas, hipertensão pulmonar e *cor pulmonale* (DGS, 2005). As alterações referidas desenvolvem-se, geralmente, por ordem no processo de evolução da doença. A gravidade da DPOC é classificada em quatro estádios, conforme o quadro abaixo indica.

Classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC (GOLD, 2015)	
Pós – Broncodilatador	
FEV1/FVC<70%	Estadio I – Ligeiro: FEV1≥80%
	Estadio II – Moderado: 50%≤FEV1<80%
	Estadio III – Grave: 30%≤FEV1<50%
	Estadio IV – Muito Grave: FEV1<30%

Muitas doenças respiratórias são mais frequentes nos grupos etários mais elevados. Portugal é o 3º país europeu com um índice de envelhecimento mais elevado (133,5 pessoas com mais de 65 anos, para cada 100 portugueses com menos de 15 anos) (ONDR, 2014). O mesmo autor refere ainda, que não está implementada a Rede Nacional de Espirometria, dificultando o diagnóstico da DPOC, contribuindo esta realidade para o seu sub-diagnóstico; existem grandes deficiências no acompanhamento dos doentes respiratórios crónicos, com prejuízo da qualidade de vida desses doentes. Termina ainda com a recomendação de criação de uma Rede Nacional de Cuidados Respiratórios (ONDR, 2014).

A mesma fonte aponta para a existência de dificuldades na acessibilidade aos cuidados primários, que tem consequências gravosas para os doentes respiratórios. Os obstáculos surgem ainda no acesso aos medicamentos essenciais ao controle das doenças respiratórias. Estas complicações são causadas, em parte, pelo preço pago pelos utentes (ONDR, 2014).

Segundo a GOLD (2015), são objectivos do tratamento da DPOC: a redução dos sintomas; a prevenção da progressão da doença; a melhoria da tolerância ao exercício; a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida; a prevenção e tratamento de complicações; a prevenção e tratamento de exacerbações; ainda a redução da mortalidade.

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2011d) recomenda como estratégias para prevenção das agudizações da DPOC a cessação tabágica, a vacinação anual contra a gripe, a otimização da terapêutica com associações de broncodilatadores de longa duração e corticosteroides, a inclusão em programas de reabilitação e ainda a autogestão da doença.

2. Reabilitação Respiratória

Conforme já mencionado, na DPOC há uma obstrução do fluxo expiratório seguida de um aumento da resistência das vias aéreas, o que resulta numa hiperinsuflação pulmonar, redução da eficácia dos músculos da respiração e da capacidade inspiratória, cujas manifestações são, essencialmente, a dispneia, a tosse, a hipersecreção e a fadiga.

A DGS (2009:1) define Reabilitação Respiratória (RR) como: *Uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas atividades de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações da doença”.*

A aplicação de um Programa de RR nos doentes com DPOC constitui uma abordagem terapêutica não farmacológica com grau de evidência 1 e recomendação A, de acordo com a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2015).

Segundo a DGS (2009) a RR é recomendável a partir do estágio II, e dirigida essencialmente a pessoas com sintomas incapacitantes e motivados para aderir ao programa. Albert *et al.* (2008) referem que outras indicações importantes para a RR são as hospitalizações e consultas frequentes, bem como a baixa adesão ao tratamento médico e oxigenoterapia.

Por sua vez, o National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) recomenda que a RR seja disponibilizada a todos os doentes com DPOC que tiveram internamento hospitalar recente por exacerbação da doença. Refere ainda que, a readmissão hospitalar diminui substancialmente quando o utente inicia RR ainda durante o internamento por agudização ou imediatamente após a alta, em serviços de ambulatório com programas supervisionados durante 6 semanas a 6 meses.

Não há consenso em relação à duração dos programas de RR. Fernandes (2009) defende que um programa de RR deverá compreender 3 sessões

supervisionadas por semana, por um período de 6 a 12 semanas, com benefícios na extensão do programa. Lynes (2007) acrescenta que cada sessão deve decorrer num período de 20 a 30 minutos. Programas com 2 horas de duração, com uma frequência de 3 vezes por semana, durante 6 a 8 semanas são recomendados por Jenkins (2008). Por sua vez Albert *et al.* (2008) relatam que utentes em programa de RR mostraram melhorias consideráveis quando comparados com pessoas de um grupo de controlo, quando esses programas se prolongam por mais de 6 meses. GüellRous (2014) menciona que a duração dos programas de reabilitação não deve ser inferior a 8 semanas ou 20 sessões. Man, Kemp, Moxham, & Polkey (2009) referem que ganhos em saúde obtidos com a RR tendem a desaparecer após 12 a 18 meses, mas mantêm a sua efetividade se o utente mantiver um programa de exercícios no domicílio. A Direção Geral da Saúde (2009) defende que os programas em ambulatório, com duração de 8 a 12 semanas têm vantagens na relação custo/eficácia.

Um programa de RR deve ser composto pela educação (da pessoa e família), intervenção nutricional e psicossocial, reeducação funcional respiratória (RFR), treino de exercício sem esquecer a avaliação dos resultados (ATS, 2004; Guyatt *et al.*, 2006 citados por Andrew, 2008).

Jenkins (2008) especifica que devem ser realizados ensinamentos sobre técnicas inalatórias, técnicas de conservação de energia e uma participação ativa na identificação e gestão das exacerbações. No entanto, é o treino físico que deve ser assumido como componente essencial para melhorar o estado geral da pessoa.

Relativamente à componente educacional a DGS (2009) sugere que sejam abordados temas como: a fisiopatologia das doenças respiratórias e patologias associadas; causas de dificuldade respiratória, sinais e sintomas; terapêuticas farmacológicas utilizadas; técnicas de reeducação funcional (ex: respiração diafragmática, com lábios semicerrados); técnicas de relaxamento; técnicas de conservação de energia; simplificação do trabalho nas atividades da vida diária; dieta adequada; informação sobre os equipamentos de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias e do seu modo de funcionamento; viagens e meios de transporte; sexualidade; planeamento e intervenção nas agudizações; comunicação com a equipa de saúde.

As Técnicas de reeducação funcional respiratória, como a respiração diafragmática e expiração com os lábios semi cerrados, são exercícios que ajudam a diminuir a hiperinsuflação dinâmica, favorecem as trocas gasosas, promovem o aumento da força e resistência dos músculos respiratórios e otimizam o padrão tóraco-abdominal (Fernandes, 2009).

As Técnicas de descanso e relaxamento (Heitor, s.d.) têm como objetivo reduzir a tensão física e psíquica para um melhor desempenho na realização dos exercícios que constam do programa de RR.

As Técnicas de conservação de energia são importantes para introduzir pequenas alterações nas tarefas diárias, fundamentais para reduzir a sensação de dispneia e prevenir, diminuir ou mesmo retardar o aparecimento de alterações metabólicas e respiratórias durante a realização das mesmas (Presto & Damázio, 2009). Exemplos são: realizar grande parte dos autocuidados (tomar banho, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se, calçar e descalçar sapatos, vestir e despir a parte de cima do corpo) sentado num banco; Usar sapatos sem cordão; Dividir o tempo para realização de tarefas diárias; Subir escadas devagar e degrau a degrau; Não ter pressa na realização de tarefas.

Relativamente ao Uso de inaladores, Souza *et al.*, 2009 avaliou a técnica inalatória em doentes com asma ou DPOC e demonstrou que, 10 dias após a primeira explicação, apenas 48,4% dos utentes realizavam a técnica correctamente. Esta realidade demonstra a necessidade de repetições periódicas da avaliação e demonstração da técnica por parte dos profissionais de saúde.

No que respeita ao exercício, Jenkins (2008), refere que este deve ser assumido como componente essencial para melhorar o estado geral da pessoa.

A DGS (2009) refere que a Reabilitação Respiratória é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata. Para que a sua implementação possa ser otimizada é necessário alertar, educar e treinar técnicos de saúde a todos os níveis, com o objectivo de a incorporar no centro da prática de cuidados.

Rodrigues (2014) reforça esta ideia, referindo que a implementação e generalização dos programas de reabilitação respiratória promovem uma melhor qualidade de vida dos doentes crónicos, maior autonomia e funcionalidade, redução dos internamentos, com menores custos para os doentes, famílias e sociedade.

Apesar dos todos os benefícios à Reabilitação Respiratória apenas têm acesso menos de 1% dos doentes que dela beneficiariam (ODNR, 2014).

2.1. Reabilitação funcional respiratória (RFR)

O doente com DPOC apresenta perda da eficácia do movimento inspiratório das costelas, diminuição da excursão inspiratória (muitas vezes associado a respiração paradoxal) e diminuição da força de contracção dos músculos inspiratórios. Heitor (s.d.), refere como objetivos da RFR:

- Ensino das posições de descanso e relaxamento nas crises de dispneia para diminuir a sobrecarga muscular e a ansiedade, e ainda facilitar o controlo da respiração;
- Ensino de métodos de limpeza das vias aérea para evitar a retenção de secreções e a obstrução brônquica;
- Controlo da respiração, com aquisição dum ritmo mais apropriado e eficaz, diminuindo o trabalho respiratório;
- Correção de assinergias e defeitos ventilatórios através da reeducação respiratórialocalizados e globais, predominantemente de tipo abdomino-diafragmática e costal inferior;
- Prevenção e correcção dos defeitos posturais e das deformações torácicas;
- Reeducação no esforço.

2.2. Literacia em Saúde

A OMS (1998) define Literacia em Saúde, como um conjunto de competências cognitivas/sociais que permitem ao indivíduo ter acesso, compreender e usar a informação que visa a promoção e manutenção da saúde (DGS, 2011)

A promoção da literacia em saúde tem sido identificada como o caminho para melhorar os cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne às doenças crónicas, facilitando o acesso aos cuidados de saúde e à autogestão da doença (Escoval cit. por Araújo, 2014). Monteiro (2009) reforça esta ideia, identificando as

consequências da Iliteracia em Saúde: deficit na autogestão da doença crónica, baixa adesão terapêutica, aumento de episódios de agudização (internamentos de repetição), aumento dos custos de saúde, perda de autonomia nas atividades de vida diárias, diminuição da qualidade de vida.

Assim, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação deverá ter enfoque na promoção da Literacia em Saúde, com vista à promoção do autocuidado que promova mudanças no estado individual e coletivo de saúde; capacitação do indivíduo para a tomada de decisão, geradora do desenvolvimento de autoconfiança; facilitando ao cliente a obtenção de informação relativa ao funcionamento dos serviços de saúde (Nutbeam, 2000). É importante a promoção da comunicação (isento de terminologia técnica, com recurso a pictogramas, por exemplo) e da confiança entre profissional de saúde/doente; promover a aprendizagem do doente através das situações ocorridas no dia-a-dia; validar o ensino através de métodos *show me* ou *teach me back*; melhorar a consciência dos profissionais de saúde sobre as várias componentes da literacia em saúde durante o atendimento ao doente através do uso da mnemónica *SPEAK* (*Speech, Perception; Education; Access and Knowledge*) (Kobylarz, 2006).

3. Intervenção no domicílio

Em Portugal, as doenças respiratórias crónicas graves, as perturbações respiratórias do sono e as doenças neuromusculares afectam mais de um milhão de doentes. Para o controlo clínico destas doenças, e nas suas fases avançadas, está indicada a prestação de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CNCRD, 2010). Neste sentido a DGS, através da Circular Normativa nº 06/DSPCS de 07/06/06, regulou a prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários, em que estabelece as regras técnicas de boas práticas de prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários.

Mayo (2000) refere que os utentes reabilitados em casa recuperam mais depressa, pois os objectivos da reabilitação são-lhes mais familiares, e ainda que a família tem um papel mais participativo. Já a DGS (2009), reconhece que a reabilitação respiratória no domicílio é mais conveniente para o utente e prolonga o benefício obtido no meio hospitalar.

Sullivan *et al* (2012) reforça esta ideia, referindo que os Cuidados Respiratórios Domiciliários permitem, reduzir o consumo de cuidados de saúde nos locais de prestação, apresentando uma boa relação custo – efectividade. A transferência para o domicílio de terapêuticas até há poucos anos somente administradas em contexto hospitalar permitiu uma melhor integração familiar e social dos doentes crónicos, permitindo ao mesmo tempo uma importante redução de custos hospitalares (NOTT, 1980; MRC, 1981 *cit* por GüellRous, 2008).

Holland *et al* (2013) menciona que a reabilitação pulmonar baseada em casa, pode trazer benefícios equivalentes à reabilitação pulmonar baseada no hospital, de uma forma rentável. Os benefícios não diminuem após um programa de reabilitação terminar, mas podem ser prolongados se a reabilitação for mantida em casa (GOLD, 2015). Disler *et al.* (2012) refere ainda, que a disponibilidade de recursos na comunidade influencia a capacidade de autogestão de sinais e sintomas.

Num outro estudo, Mohammadi (2013), menciona que um plano de enfermagem de reabilitação pulmonar, no domicílio, pode ser um programa eficaz, barato e acessível para diminuir a fadiga e melhorar as actividades de vida diárias e qualidade de vida, dos doentes com DPOC.

Os programas de reabilitação no domicílio demonstraram ser tão eficazes como os do hospital (GüellRous, 2014).

Nos cuidados domiciliários a negociação acerca do cuidar é um processo complexo de ajustar princípios, competência e vulnerabilidade. (Spiers, 2002). Neste contexto a participação do cliente e do cuidador são aspetos fundamentais (Dalton, 2005; Orb& Santiagos, 2005).

Duarte (2007) identifica 4 dimensões para a construção do papel do enfermeiro, nos cuidados domiciliários: as atividades que desenvolve, os conhecimentos que mobiliza (para a tomada de decisão), a estrutura e processo das relações (que estabelece para além do próprio doente, a família e o cuidador informal; devem ser considerado todos os factores que enquadram a família), constrangimentos que enfrenta (a sobrecarga das famílias sem compensações e/ou apoios; a sobrecarga de trabalho e consequente diminuição da qualidade das relações com o doente; a falta de articulação entre os diversos serviços de cuidados de saúde).

A prestação de cuidados no domicílio surge como a resposta mais humanizada aos problemas da pessoa/família que necessita de cuidados. Uma resposta que parte do envolvimento do utente/família nos cuidados, onde o utente não é um receptor passivo de tudo o que lhe acontece, mas um participante activo em toda a dinâmica do seu processo de reabilitação. A família envolve-se diretamente nos cuidados, num processo de partilha e participação, desenvolvendo sentimentos de segurança e de responsabilidade na promoção da saúde e na prevenção da doença (Louro, 2009).

4. Referencial Teórico

A teoria das transições de Meleis permite ao profissional de enfermagem uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo aos enfermeiros colocar em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica perante a transição que a pessoa vivência (Meleis & Shumacher *et al*, 2000).

Para esta teórica o objeto dos cuidados de enfermagem é a pessoa em transição. O cliente é um *“ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio”*. A enfermagem não é mais que o *“processo e experiência de seres humanos a passarem por transições em que a saúde e a percepção de bem-estar são o resultado esperado”* (Meleis & Trangenstein, 1994: 257). Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa e, assim, influenciam os resultados das mesmas (Zagonel, 1999).

A enfermeira interage *“com um ser humano numa situação de saúde-doença, ser humano que é parte integrante do seu contexto sócio-cultural e que está a viver uma transição ou a antecipação de uma transição. As interações enfermeira-cliente organizam-se em torno de uma intenção e a enfermeira utiliza algumas ações (“terapêuticas de enfermagem”) para promover, recuperar ou facilitar a saúde* (Meleis & Trangenstein, 1994: 256).

A Enfermagem debruça especial atenção nas respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida (Meleis, 2010). Segundo a mesma autora, os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar. Refere ainda, que a experiência da transição exige que cada pessoa adquira novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados

aos acontecimentos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social.

A transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual os enfermeiros podem contribuir de forma significativa quer na promoção do autocuidado, quer na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas, através de medidas contínuas em que toda a equipa de saúde deve estar envolvida e, onde o enfermeiro de reabilitação pode constituir uma mais-valia (Pereira, 2012).

Abreu (2008) refere que se colocam desafios aos profissionais ao lidarem com doentes a vivenciar processos de transição, nomeadamente a oportunidade de desenvolver intervenções apropriadas às necessidades do estado de saúde dos doentes sendo que na opinião de Meleis *et al.* (2000), os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais.

No processo assistencial é fundamental que os enfermeiros sejam facilitadores do processo de transição e, portanto, que tenham em consideração todas as dimensões intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo. É importante que os enfermeiros identifiquem o tipo de transição que o indivíduo está a vivenciar para que possam desenvolver um plano de intervenção que seja adequado às necessidades reais do indivíduo.

A vantagem da teoria das transições de Meleis é que permite encurtar a distância entre o profissional (que se apoia no seu treino científico, focando a sua atenção no processo da doença propriamente dito, de modo que os dados clínicos assumem a maior relevância) e a pessoa (que dá importância ao modo como a doença irá afectar a sua vida diária). Assim, o foco de cuidados é a pessoa, com voz e poder de decisão.

5. Locais de Estágio

Os estágios serão realizados nos seguintes serviços: Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) – Consigo, Alcântara (1º Período); Hospital Sta. Maria - Internamento de Pneumologia (2º Período). Foram realizadas visitas aos serviços respectivamente no dia 29/06 e 6/7, tendo sido aplicado o guião um guião de entrevista (anexo I).

O Internamento de Pneumologia, do Hospital Sta. Maria, possui um projeto intitulado “*Cuidar em Contexto Familiar*”, que consiste num conjunto de ensinamentos para a alta (como por exemplo: gestão do regime terapêutico, técnicas de reeducação respiratória de conservação de energia, ventilação não invasiva, oxigenioterapia de longa duração, entre outras), realizados em 3 momentos com o doente e cuidador, no decorrer do internamento, sendo posteriormente realizado *follow up* telefónico, já com o doente no seu domicílio. Este projeto será uma mais valia para dar resposta aos meus objetivos.

A ECCI – Consigo, entre outros, apresenta um projecto em parceria com a Ajuda de Berço, de reabilitar crianças com necessidades especiais, nomeadamente cinesiterapia respiratória, que dará também mais contributos ao meu projeto.

A descrição mais pormenorizada destes locais de estágio, encontra-se em anexo (anexo II).

A opção de realizar os estágios em Lisboa e não na minha área de residência/trabalho (Algarve) advém do facto, de que no Algarve ainda são escassos os recursos e serviços que disponibilizam cuidados de enfermagem de reabilitação, especialmente na área comunitária.

6. Competências, Objetivos e Atividades

Tendo por base Regulamento Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/02/2011) 8648 – 8653) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/9/2010) 8658- 8659) foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Desenvolver competências como EEER na prestação de cuidados, à pessoa com DPOC no domicílio.

ObjetivosEspecíficos:

- ✓ Aperfeiçoar a tomada de decisão assente no respeito pelos direitos humanos, nos princípios éticos fundamentais e na deontologia profissional.
- ✓ Avaliar situações de risco que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença.
- ✓ Implementar intervenções que valorizem o potencial da pessoa, tendo em conta a sua autonomia no processo de reabilitação.
- ✓ Promover o domínio de novas competências com vista à melhoria da qualidade de vida, capacidade funcional e à participação em sociedade.

A descrição das actividades assim como a sua avaliação encontram-se descritos no anexo III.

O Cronograma do estágio encontra-se no anexo IV.

7. Considerações finais

Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde/ doença é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros de reabilitação trabalham com os utentes para atingir o nível máximo de independência funcional na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado e reforçando comportamentos de adaptação positiva (Hoeman,2000).

Meleis in Abreu (2008: 18) considera que “assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem”. A “transição” é um conceito central para a Enfermagem, e permite ao enfermeiro perceber como é que o ser humano lida com os processos de mudança. Deste modo, a enfermagem age como um agente facilitador do cliente, maximizando as suas potencialidades e restaurando os seus níveis de bem-estar, saúde, conforto e no seu contexto social e familiar (Meleis, 2012).

O doente DPOC beneficiará de RR, com o objetivo de reduzir a manifestação da sintomatologia da doença, assim como aumentar a resistência à fadiga. Ao ter um melhor conhecimento da sua própria doença (como por exemplo os sintomas, sinais de alarme), o cliente poderá actuar mais rápida e eficazmente, utilizando os medicamentos ou as técnicas adequadas ou procurando ajuda.

Hesbeen (2011: 11) refere que com *“a evolução da Enfermagem, surge a necessidade de um profissional em Enfermagem com competências específicas e modos de ação diferenciados, tendo em conta as necessidades em reabilitação da pessoa”*. O resultado será a melhoria da qualidade de vida, da capacidade funcional e consequentemente uma maior participação a nível familiar, social e profissional. Além do mais, contribuirá para reduzir os gastos em saúde, o número de internamentos, de consultas e de deslocações aos serviços de urgência dos hospitais.

Assim o EEER tem uma intervenção de *“educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa”* (Hoeman, 2000: 17).

Referencias Bibliográficas

- Abreu, Wilson Correia (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau, 126
- Albert, R. K., Spiro, S. G., & Jett, J. R. (2008). *Clinical Respiratory Medicine* (3ª ed.). Philadelphia
- Andrew, L. R. (2008). Pulmonary Rehabilitation: Summary of an Evidence-Based Guideline. *RespiratoryCare*, 53(9), 1203-1207.
- Araújo, T.; Pinto, C. (2014). Adaptar a Reabilitação Respiratória à realidade de saúde em Portugal. In Workshop sobre reabilitação respiratória, (s.l), Outubro 2014, Fundação Portuguesa do Pulmão. Disponível em http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ADAPTAR_A_REABILITACAO_RESPIRATORIA_A_A_REALIDADE_DA_SAUDE_EM_PORTUGAL.html).
- CNCRD, 2010 – Relatório de situação. Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários em Portugal. Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários.
- Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006907.pdf>
- Direção Geral da Saúde, 2009 - Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Circular informática nº N°: 40A/DSPCD
- Direção-Geral da Saúde (2010). Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC - Informação Complementar sobre a DPOC em Portugal. Disponível em: <http://www.dgs.pt/wwwbase/wwwinclude/ficheiro.aspx?tipo=0&mid=5005&id=20985&ambiente=WebSiteMenu>
- Disler, T.;et al. (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Studies*. 49, 230-242

- Ek K.; et al. (2011) Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing* 67(7), 1480–1490. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05604.x
- Fernandes, A. B. S. (2009). Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas*, 1.
- GüellRous, M.(2008).Long-term oxygen therapy: Are we prescribing appropriately? *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.3(2):231-237.
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629963/pdf/COPD-3-231.pdf>
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: Criar novos caminhos* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do francês La réadaptation, 2001, ÉditionsSeliArslan SA).
- Hoeman, Sirley P. (2000) – *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M. R., Olazabal, M., & Maia, M. O. (s.d). *ReeducaçãoFuncionalRespiratória*. (Eds). Lisboa: BoehringerIngelheim
- Jenkins, C. (2008). COPD management. Part I. Strategies for managing the burden of established COPD. *Int J Tuberc Lung Dis*, 12(6), 586-594.
- Kobylarz F., Pomidor A., Heath J. (2006). SPEAK: A mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. *Geriatrics* . 61(7):20-7.
Disponível em: http://www.cornellcares.org/education/pdf/SPEAK-A_mnemonic_tool_for_adressing_health_literacy_concerns_in_geriatric_clinical_encounters-3.pdf
- Louro, M. C. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto- Instituto de Ciencias Médicas Abel Salazar. Dezembro.
- Lynes, D. (2007). *The Management of COPD in Primary and Secondary Care*.London.

- Man, W. D., Kemp, P., Moxham, J., & Polkey, M. I. (2009). Exercise and muscle dysfunction in COPD: implications for pulmonary rehabilitation. *ClinSci(Lond)*, 117(8), 281-291. doi: CS20080660 [pii] 10.1042/CS20080660
- Mayo, N.E. *et al* (2000). There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*(31).1016-1023. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/31/5/1016.long>
- Meleis, A.;Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6), 255-259.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.;Messias, D.; Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory.*Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A.*et al.*(2000) - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, nº 1, 12-28.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing.Development & Progress*.5ªEdição.Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Monteiro, M. (2009).*A literacia em saúde*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010).Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Adults in Primary and Secondary Care.Disponível em:<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13029/49397/49397.pdf>
- Nutbeam, D. (2008) – The evolving concept of health literacy. *Social Scienceand Medicine*. 67, 2072-2078
- Organização Mundial da Saúde (2007). Vigilância global, prevenção e controlo das Doenças Respiratórias Crónicas. Uma abordagem integradora. Disponível em: http://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf~
- ONDR (2014). *10º Relatório. Panorama em Portugal: Caminhos para o Futuro 2014/2015*. Observatório Nacional de Doenças Respiratórias.

- Pereira, Mónica (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Petronilho, Fernando A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau
- Portugal. Ministério da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde (2015). *Literacia em Saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>
- Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória (4ª Ed ed.)*. Rio de Janeiro
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/02/2011) 8648 – 8653
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/9/2010) 8658-8659
- Souza, M. L., Meneghini, A. C., Ferraz, E., Vianna, E. O., & Borges, M. C. (2009). Knowledge of and technique for using inhalation devices among asthma patients and COPD patients. *J Bras Pneumol*, 35(9), 824-831. doi: S1806-37132009000900002 [pii]
- Sullivan, S.D. et al, 2000 - The Economic Burden of COPD. *Chest*. 117: 5S-9S
- World Health Organization (2001). *World Report on Disability*. Genebra: World Health Organization

Zagonel, I.P.S. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajectória de Enfermagem. *Revista latino-americana Enfermagem*, 7 (3), 25-32.

ANEXOS

Anexo I- Guião de Entrevista

Entrevista - chefe

A - Caracterização do serviço

- ✓ História ao longo do tempo.
- ✓ Como está organizado.
- ✓ Vagas (homens/mulheres).
- ✓ Patologias mais prevalentes.
- ✓ Nº doentes/ano.
- ✓ Área geográfica abrangente.
- ✓ Como funciona o regime de visitas.
- ✓ Relação do serviço com outros hospitais/comunidade.

B- Descrição dos doentes

- ✓ Patologias mais frequentes
- ✓ Tempo médio de internamento
- ✓ Como são estabelecidos os programas de reabilitação.

C- Recursos Humanos

- ✓ Enfermeiros generalistas/especialistas

D- Gestão de Cuidados

- ✓ Modelo de enfermagem usado.
- ✓ Método de trabalho.
- ✓ Plano de cuidados (família/clientes envolvidos).

E – Recursos Materiais

- ✓ Materiais específicos para prestação de cuidados de EEER.

F- Expectativas do serviço

- ✓ Existência de projetos. Em que áreas. Os EEER estão envolvidos.
- ✓ Normas/protocolos relacionados com a reabilitação.

Guião entrevista – EEER

- ✓ Articulação com a equipa.
- ✓ Patologias mais comuns com intervenção do EEER.
- ✓ Planificação do trabalho.
- ✓ Quem determina o início de um programa de reabilitação.
- ✓ Avaliação do plano. Escalas utilizadas.
- ✓ Como são efectuados os registos.
- ✓ Sentimentos, receios dificuldades verbalizadas pelo cliente/família durante o internamento e no momento do regresso a casa.
- ✓ Receptividade do cliente aos cuidados de EEER
- ✓ São realizados planos de reabilitação a seguir no domicílio.
- ✓ Articulação dos cuidados após a alta em termos de EEER.
- ✓ Como é dada visibilidade ao trabalho EEER.

Anexo II – Locais de Estágio

A. Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) – Consigo, Alcântara (1º Período)

- ✓ Integrado no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras
- ✓ Universo de 65mil utentes das freguesias de Belém, Ajuda, Alcântara e Sto. Condestável, referenciados através do Hospital São Francisco Xavier e Egas Moniz;
- ✓ Equipa: 3 EEER, 1 psicólogo, 1 assistente social, médico de família de cada utente;
- ✓ Enfermeira-Chefe: Fátima
- ✓ 5 doentes/EEER, que prestam cuidados gerais e especializados;
- ✓ Cerca de 1h20 de cuidados por doente, em cada visita domiciliária;
- ✓ Funcionamento: segunda a sexta-feira;
- ✓ Utentes a partir dos 18 anos de idade com cuidador;
- ✓ Patologias mais comuns: AVC, fratura do fémur Resultante de quedas), síndrome de imobilidade;
- ✓ Registos realizados informaticamente na sistema da Rede Nacional de Cuidados Continuados e SClinic.;
- ✓ Projeto em parceria com a Ajuda de Berço, de reabilitar crianças com necessidades especiais, nomeadamente cinesiterapia respiratória.
- ✓ Envolvimento em aulas de preparação para o parto: massagem e prevenção de acidentes.

B. Hospital Sta. Maria - Internamento de Pneumologia – Piso 8 (2º Período)

- ✓ Integrado no Centro Hospitalar Lisboa Norte;
- ✓ Director: Profª Doutora Cristina Bárbara Caetano;
- ✓ Enfermeira-Chefe: Enfª Carla Costa;
- ✓ 20 camas (homens e mulheres);
- ✓ 5 especialistas, integrados nos cuidados gerais;
- ✓ 4 enfermeiros no turno da manhã, 3 no turno da tarde, 2 no turno da noite;
- ✓ Patologias mais comuns: DPOC, Neoplasia do Pulmão, Pneumonia, Pneumotorax, Bronqueectasias, Asma, Fibrose Quística;
- ✓ Registos de EEER específicos em impresso próprio, em papel, e notas gerais informaticamente;
- ✓ projeto “*Cuidar em Contexto Familiar*”, que consiste num conjunto de ensinamentos para a alta (como por exemplo: gestão do regime terapêutico, técnicas de reeducação respiratória de conservação de energia, ventilação não invasiva, oxigenioterapia de longa duração, entre outras), realizados em 3 momentos com o doente e cuidador, no decorrer do internamento, sendo posteriormente realizado *follow up* telefónico, já com o doente no seu domicílio.

Anexo III – Competências, Objetivos e Atividades

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	A.1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
B – Domínio da melhoria da qualidade	<p>B.1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B.2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B.3 – Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p>
C – Domínio da gestão dos cuidados	<p>C.1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>C.2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a optimização da qualidade dos cuidados.</p>
D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<p>D.1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p>D.2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.</p>

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	<p>J1.1.- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.</p> <p>J1.2.- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3.- Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de optimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4.- Avalia os resultados das intervenções implementadas</p>
J2- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção	J2.1.- Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida

e exercício da cidadania	J2.2.- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.
J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	<p>J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório</p> <p>J3.2.- Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados</p>

Tendo por base as competências comuns e específicas definidos em Regulamento, para o EEER e o **objectivo geral** deste projeto - **Desenvolver competências como EEER na prestação de cuidados, à pessoa com DPOC no domicílio** - foram desenvolvidos os seguintes objectivos, actividade e avaliação:

Objetivos	Atividades	Avaliação
1- Aperfeiçoar a tomada de decisão assente no respeito pelos direitos humanos, nos princípios éticos fundamentais e na deontologia profissional.	<ul style="list-style-type: none"> - Tomando decisões sustentadas nos princípios, valores e deontologia profissional e na melhor evidência e experiência profissional. - Aceitando as crenças e valores diferentes mantendo um plano efetivo de intervenção. - Reconhecendo a pessoa como indivíduo autónomo capacitando-o para a autodeterminação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumpre o exercício profissional respeitando o código deontológico. - Promove os direitos à informação e à autodeterminação. - Baseia a decisão na melhor evidência disponível. - Desenvolve estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa. - Participa na tomada de decisão em equipa nas diferentes situações de saúde.
2- Avaliar situações de risco que	- Realizando avaliação inicial para colheita de	- Avalia a segurança e identifica barreiras à implementação

<p>interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença.</p>	<p>dado/história.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultando processo clínico. - Aplicando de escalas e outros instrumentos para avaliação da funcionalidade. - Identificando fatores facilitadores e inibidores do processo de reabilitação. - Percecionando o envolvimento da família/cuidador/comunidade. 	<p>do plano de intervenção.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações e incapacidades da actividade.
<p>3- Implementar intervenções que valorizem o potencial da pessoa, tendo em conta a sua autonomia no processo de reabilitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concebendo e implementando programas de treino motor e cardio-respiratório. - Analisando com o cliente e pessoas significativas as alterações da funcionalidade, definindo com eles as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida; - Identificando diagnósticos de enfermagem. - Elaborando planos de cuidados de reabilitação promotores de autocuidado - Prescrevendo intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicita nas atividades do plano a individualidade da pessoa. - Concebe, implementa e avalia os planos de intervenção. - Demonstra conhecimentos sobre as funções cardiorrespiratória e motora. - Monitoriza e dá feedback dos resultados evidenciando as respostas positivas às intervenções fazendo uso da comunicação.

e da sexualidade.

- Realizando ensinamentos à pessoa/família/cuidador no processo de cuidados, tendo em conta os recursos existentes no domicílio.

4- Promover o domínio de novas competências com vista à melhoria da qualidade de vida, capacidade funcional e a participação em sociedade.

- Avaliando e reformulando programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.

- Prescrevendo intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

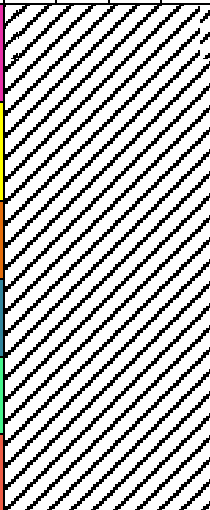

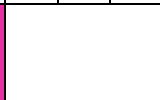

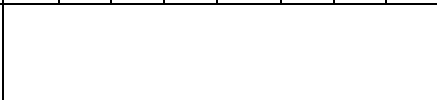
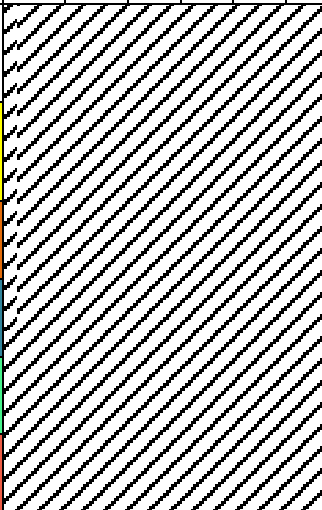




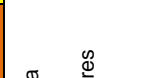




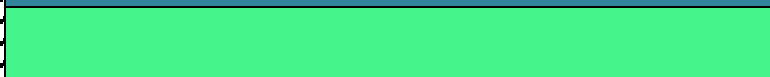

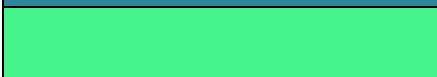



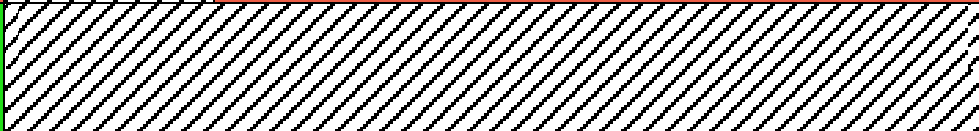

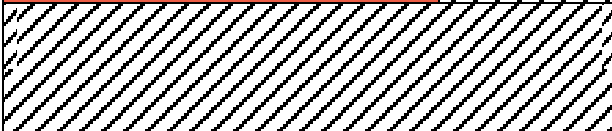

- Ensinando e supervisionando a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).

- Valorizando os progressos através do reforço positivo.

- Desenvolvendo conjuntamente com a pessoa, terapêuticas de enfermagem facilitadoras aos processos de transição.

- Monitoriza e dá feedback dos resultados evidenciando as respostas positivas às intervenções fazendo uso da comunicação e tendo em conta a literacia da pessoa/família/cuidador.

Anexo IV – Cronograma

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES																																			
Mês	2015															2016																			
	Setembro					Outubro					Novembro					Dezembro					Janeiro					Fevereiro					Março				
Semana	2 a 4	7 a 11	14 a 18	21 a 25	28 a 30	1 a 2	5 a 9	12 a 16	19 a 23	26 a 30	2 a 6	9 a 13	16 a 20	23 a 27	Dia 30	1 a 4	7 a 11	14 a 18	21 a 25	28 a 31	4 a 8	11 a 15	18 a 22	25 a 29	1 a 5	8 a 12	15 a 19	22 a 26	Dia 29	2 a 4	7 a 11	14 a 18	21 a 25	28 a 30	
ECCI Consigo*																																			
Pneumologi a Sta. Maria*																																			
Objectivo 1																																			
Objectivo 2																																			
Objectivo 3																																			
Objectivo 4																																			
Entrega Relatório Estágio																																			

*A confirmar datas de início e fim de estágio

- ✓ **Jornadas Científicas Pneumológicas** (Organização: Internamento de Pneumologia, do Hospital Sta. Maria) – 21 e 22 de Outubro de 2015.
- ✓ **Congresso APER** (Chaves) – 3 a 5 de Dezembro de 2015

APÊNDICE II

Jornal de Aprendizagem I: O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária

Jornal de Aprendizagem I: O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária

A ECCI, no âmbito de uma parceria com a Associação Ajuda de Berço e Unidade Móvel de Apoio Domiciliário do Hospital D. Estefânia (UMAD) presta cuidados a duas gémeas, de 2 anos, ambas com doença neuromuscular em estudo, com miotonia congénita (ou **doença de Thomsen**, é uma perturbação autossómica dominante, com início na infância; as mãos, as pernas e as pálpebras tornam-se muito rígidas devido a uma incapacidade de relaxar os músculos), diplegia facial (paralisia facial periférica) e hipotonia desde o nascimento, apresentando por isso um atraso global do desenvolvimento psicomotor, sendo ainda alimentadas através de com gastrostomia percutânea. Realizam ventilação não invasiva (VNI), de pressão positiva contínua bifásica (BiPAP) durante a noite e sesta (o que perfaz cerca de 7h30 diárias).

As doenças neuromusculares têm como consequência uma perda da actividade muscular levando a uma fraqueza generalizada, a qual se estende também aos músculos respiratórios. Tendo em conta que o acto de respirar implica a integridade dos músculos respiratórios, esta inadequação da sua função resulta num padrão restritivo, com diminuição dos volumes pulmonares. Estas alterações terão consequências como hipoventilação alveolar e hipercápnia, alterações da compliance pulmonar e atelectasias.

O comprometimento torna-se evidente quando a eficácia da tosse é afectada. (Silva, 2011).

A VNI tem como objetivo o aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos doentes com patologias com hipoventilação alveolar crónica (DGS, 2015). O BiPAP fornecer uma ventilação por pressão positiva com 2 níveis de pressão, inspiratório (IPAP) e expiratório (EPAP). O IPAP é regulado entre 10 a 12 cm H₂O, para fornecer ajuda aos músculos inspiratórios. O EPAP, habitualmente entre 2 a 6 cm H₂O, apresenta vantagens na prevenção da re-inalação de CO₂, estabilização das vias aéreas superiores durante o sono, recrutamento alveolar, diminuição de atelectasias e redução do trabalho inspiratório (Cordeiro & Menoita, 2012).

Na situação destas meninas, os ventiladores estão programados para EPAP – 5 e IPAP-12, e utilizam como interface as máscaras nasais. Estes interfaces caracterizam-se por terem menos espaço morto, são mais confortáveis e apresentam menos risco de aspiração (Cordeiro & Menoita, 2014).

Estas meninas apresentam má evolução estado-ponderal e desenvolvimento muscular, o que conduz a problemas de desenvolvimento psicomotor e atrofia muscular, importante sobretudo no que respeita aos músculos respiratórios.

Oktem *et al.* (2008) refere que a melhoria do suporte ventilatório conduz a uma melhoria acentuada da velocidade de crescimento com melhorias significativas nas variáveis peso e altura, resultante da supressão do gasto energético acrescentado pela insuficiência respiratória.

Na equipa o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) contribui directamente para a elaboração do plano de cuidados, com o objectivo: garantir a continuação eficaz do tratamento no domicílio, minimizando os riscos associados, alcançar o desenvolvimento e crescimento adequados à idade; otimizar a qualidade de vida da criança e família e a integração na sociedade. Assume-se também como elo de ligação entre a criança e família e os diferentes profissionais envolvidos na assistência a estes, através da detecção precoce de necessidades (Silva *et al.*, 2012).

As gémeas realizam terapia ocupacional 2vez/semana, no Hospital D. Estefânia e reabilitação respiratória, de 2°F-6°F, com a equipa da ECCI, que se desloca à Instituição.

A nossa intervenção tem como objetivo prevenir/reduzir as consequências mecânicas da obstrução pelas secreções, tais como a hiperinsuflação e a atelectasia; promover a ventilação/perfusão, o que permitirá maximizar os benefícios e a segurança do trabalho ventilatório e possibilitar à criança atingir o seu máximo potencial. Para tal, são utilizadas técnicas de reeducação funcional respiratória, entre as quais destaco:

- Posicionamento e drenagem postural: permite corrigir alguns defeitos posturais, contribuindo assim para a melhoria da ventilação; a drenagem postural permite mobilizar e facilitar a eliminação de secreções brônquicas, maximizar a ventilação/perfusão e ajudar na prevenção/reexpansão de atelectasias; na posição erecta a drenagem dos lobos superiores é facilitada, no entanto, para drenar os lobos médios e inferiores, uma posição em trendlemburg pode ser necessária (Heitor *et al.*, 1988; Castro *et al.*, 2009).

- Compressão manual, vibração e percussão torácicas: facilita o desprendimento e progressão das secreções desde os brônquios distais até aos brônquios principais e à traqueia, para o que se utilizam os movimentos respiratórios amplos com ênfase na fase expiratória; é utilizado um brinquedo que vibra (Joaninha) para realizar as vibrações com “brincadeira”.

- Tosse provocada: não são capazes de participar na tosse ativa nem apresentam tosse espontânea; tosse apenas quando estimuladas com a sonda de aspiração; não conseguem soprar nem apresentam reflexo da tosse com compressão traqueal.

- Aspiração de secreções: após instilação nasal com soro fisiológico; a aspiração é realizada por via nasal; a retirada da sonda deve ser realizada com movimentos suaves de rotação (o rodar da sonda e aspirar de forma intermitente tem por objectivo uma melhor remoção de secreções de toda a superfície, além de evitar o traumatismo da mucosa).

- Exercícios de reeducação respiratória: o riso e o choro são estratégias muito eficazes de causar a expansão pulmonar; exercícios de reeducação abdómino-diafragmática e costal, selectivos e globais com recurso aos brinquedos (Heitor *et al.*, 1988; Castro *et al.*, 2009).

A seleção do interface da VNI influencia a integridade cutânea da face. No Meeting de Enfermagem em que participei (CHLN, Outubro 2015), o departamento de ventilação não invasiva apresentou os resultados de uma revisão sistemática de literatura, relativa à prevenção de úlcera de pressão da face. Assim a escolha adequada dos interfaces; a selagem dos mesmos, sem aperto excessivo; a rotatividade dos tipos de interfaces; a proteção das zonas de contato com apósitos hidrocolóide ou espuma; a realização de períodos de pausa para hidratação, alimentação e comunicação são importantes para a prevenção das UP da face.

A UP da face é apenas uma das complicações na VNI. Entre outras poderão existir pneumotórax, epistaxis (pode ser provocada pela interface de ventilação ou pelo fluxo inspiratório se a mucosa nasal for frágil) náuseas e vômitos, cefaleias, perturbações do sono, conjutivite (devido à fuga em torno da interface, podendo o uso de colírios epitelizantes estar indicado); distensão abdominal com aerofagia (pode ser reduzida através do ajuste dos parâmetros e modo ventilatórios, no caso de crianças que interrompem a ventilação durante alimentação deve aconselhar-se a criança/família, a não iniciar a ventilação logo após a alimentação ou manter-se em decúbito lateral esquerdo para manter o cárdia alto; secura da mucosa oral e/ou nasal (devido sobretudo à frequência respiratória ou fluxo de ar elevados, ar demasiado seco ou devido à manutenção da boca aberta durante a expiração, podendo ser corrigida pela utilização de um filtro humidificador e correta hidratação da criança) (Silva *et al.*, 2012).

A Associação Ajuda de Berço é a família destas crianças, sendo as funcionárias o alvo das intervenções educacionais. Ensino sobre as necessidades de ventilação; funcionamento, utilização e manutenção de interfaces de ventilação não invasiva; vigilância da eficácia da

ventilação e possíveis complicações (p. ex: úlcera de pressão da face, epistáxis, distensão abdominal, secura da mucosa oral, conjuntivite); técnicas de eliminação de secreções (ex: aspiração de secreções, drenagem postural); inaloterapia; são fundamentais para tornar os cuidadores aptos a intervir nas diversas situações que se podem colocar, minimizando os riscos associados ao tratamento domiciliário e permitindo que estes se sintam confiantes na prestação de cuidados.

Com a intervenção e parceria da equipa, nomeadamente o EEER foi possível: diminuir as idas ao hospital para realização de reabilitação respiratória; reduzir o risco de infecção pela permanência em ambiente hospitalar; melhorar a qualidade de vida pela promoção das rotinas domésticas, que são favorecedoras do desenvolvimento infantil (Wong, 1999).

A portaria nº 343/2015, de 12 de Outubro, publicada em Diário da República, permitirá que num futuro, este tipo de situações sejam integradas em ECCL, uma vez que permitirá a coexistência de prestação de cuidados a adultos, crianças e jovens, com os requisitos definidos na portaria (<https://dre.pt/application/file/70509054>).

BIBLIOGRAFIA

Castro, A.; Silva, S.; Palhau, L. (2009). Cinesiterapia Respiratória na Bronquiolite Aguda. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. Vol. 17.Nº 1. Ano 17.

Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, Principios e Técnicas*. Lusociência.

Direção Gral da Saúde (2015). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e outros Equipamentos*. Norma nº 022/2011. Atualização: 11/09/2015.

Edwards, Hsiao, & Nixon (2005). Pediatric home ventilator support: The Auckland experience. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41(12), 652-658.

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16398869>

Meeting de Enfermagem Pneumológica (2015). Centro Hospitalar Lisboa Norte. 21 e 22 de Outubro de 2015.

[Oktem S](#), [Ersu R](#), [Uyan ZS](#), [Cakir E](#), [Karakoc F](#), [Karadag B](#), [Kiyani G](#), [Dagli E](#) (2008). Home ventilation for children with chronic respiratory failure in Istanbul. *International Journal of Thoracic Medicine*, 76(1), 76-81. DOI: 10.1159/000110801

Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/MED/17984626>

Silva, J.; Silva, N.; Santos, V.; Silveira, Teresa (2012). O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliar. *Salutis Scientia*. Vol. 4(3). 14:25.

Silva, V. (2011). Abordagem da (dis)função respiratória aguda na criança com patologia neuromuscular. In Seminário: Intervenção do Fisioterapeuta na (dis)função respiratória

em pediatria- Da comunidade à Agudização. Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto.

Disponível em: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3372/1/COM_DavidTome_2012.pdf

Wong (1999). Whaley e Wong *Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva*. (5.^a ed). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

APÊNDICE III

Plano de cuidados MM Parkinson



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

PLANO DE CUIDADOS

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Local de estágio: UCC Consigo-ECCI

Docentes Orientados

Vanda Marques Pinto

Ricardo Braga

Discente

Ana Luísa Madureira de Oliveira

Lisboa, Novembro de 2015

Índice

0. Introdução	100
1. Colheita de Dados	101
1.1. Sinais Vitais.....	103
1.2. Função respiratória	103
2. Exame Neurológico	104
2.1. Estado Mental	104
2.2. Pares Cranianos.....	104
2.3. Motricidade	104
2.4. Sensibilidade	105
2.5. Equilíbrio	105
3. Outras Avaliações.....	106
4. Finalidade da intervenção e Plano de Cuidados	107
5. Considerações finais.....	116
Bibliografia	118
ANEXO I- Escala de Glasgow.....	119
ANEXO II- Pares Cranianos	120
ANEXO III - Avaliação da Força Muscular (Lower).....	122
ANEXO IV–Escala de Equilíbrio de Berg.....	123
ANEXO V–Escala de Risco de Quedas (Morse).....	129
ANEXO VI– Índice de Barthel.....	130
ANEXO VII–Escala de Braden.....	132

0. Introdução

Este trabalho enquadra-se no âmbito do estágio realizado na ECCI- Alcântara, UCC Consigo, integrada no 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, tendo como objectivo principal a realização de um plano de cuidados.

Este plano de cuidados visa responder a um conjunto de objectivos, no sentido de permitir a integração e interação enquanto especialista de enfermagem de reabilitação na prática de cuidados, nomeadamente organizar os cuidados de enfermagem tendo em conta os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de especialização e constituir um instrumento de avaliação.

O cliente seleccionado tem como patologia principal a doença de Parkinson. Campos et al (2009) referem que a doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa, crónica e progressiva, na qual ocorre perda sequencial dos neurónios dopaminérgicos da substância nigra, sendo a marcha, a instabilidade postural e o discurso as actividades mais atingidas.

Medeiros *et al* (2012) menciona que entre os indivíduos com doença de Parkinson, as quedas são muito frequentes. Refere que cerca de 65% dos que caem irão experimentar uma consequência secundária queda, 33% sofrerão uma fratura e 75% das quedas conduzirão à procura um serviço de saúde. Reforça ainda, que a queda com fratura é a causa mais comum de atendimento hospitalar para estes indivíduos.

Assim, o programa de reabilitação deverá ter como objectivos a diminuição das limitações funcionais e das complicações, a promoção da actividade, bem como a participação e independência, com vista à promoção da qualidade de vida (Campos et al, 2009; Medeiros et al, 2012).

Neste trabalho, será utilizada a linguagem CIPE, iniciando-se com uma introdução, segue-se a colheita de dados, avaliação neurológica, finalidade da intervenção, plano de cuidados e considerações finais.

1. Colheita de Dados

Para estabelecer um programa de reabilitação é necessário fazer uma avaliação inicial, que tornará possível a individualização dos cuidados de Enfermagem (Hoeman, 2000).

UTENTE : M. M. DN: 13-12-1927 - IDADE: 87 anos

MORADA: Lisboa – Freguesia da Ajuda

ADMISSÃO EM ECCI: 07-10-2015

AP: Doente com antecedentes de Parkinson, Neoplasia estenosante do cólon, submetido a hemicolectomia, em 2001 (não fez terapêutica adjuvante). Desde então mantém padrão de obstipação, tendo tido 3 internamentos por sub-oclusão, sem causa mecânica aparente (última em Julho 2015). Realizou colonoscopia em 2007 para excisão de pólipos. Não efectuou seguimento posterior em consulta ou exames complementares por renitência do próprio.

Segundo a filha em Julho de 2015 perdeu autonomia. Está Referenciado para Cirurgia Geral e tem pedido de colonoscopia total sob sedação.

Medicação	Jejum	Peq. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar
Carbidopa+ levodopa 25/100		1 comp	1 comp	1 comp	1 comp
Lactulose	1 colher de sopa				
Domperidona 10mg		1 comp	1 comp		1 comp
Seroquel 200mg					1 comp
dutasterida + tansulosina 0,4					1 comp
Propanolol 20 mg					1 comp
Bisacodilo 5mg					1 comp
Cloridrato de Amantadina 100mg					1 comp

Diagnóstico social disponível na RNCCI (12/8)

O utente já se encontrava dependente de 3ºs, no período anterior ao internamento. É casado com H. M. de 86 anos de idade, Pensionista. Embora deambule só, sofre de doença de Alzheimer, necessitando igualmente de apoio de 3ºs. O casal tem apenas uma filha – M. F. S. de 65 anos de idade, casada, Reformada/ Bancária e, residente em Algés. Filha muito presente. O utente e a esposa têm uma Cuidadora particular interna (dorme na sala) durante a semana e, outra ao fim de semana. É Pensionista/ Pasteleiro.

Após a alta clínica, o utente regressa ao seu domicílio com os apoios atrás referidos.

Nota de entrada de enfermagem disponível na RNCCI (7/10):

Utente do sexo masculino, 87 anos, caucasiano. Vígil, pouco comunicativo e com linguagem pouco perceptível e lentificada. Emagrecido, com pele pouco hidratada. Integridade cutânea mantida. Eupneico, SatO2=97%.

Alimenta-se via oral desde que seja preparado os alimentos.

Deambula. Apresenta marcha parkinsoniana, não utiliza produto de apoio para marcha. Tem antecedentes de 2 quedas após última alta hospitalar (Julho 2015). Força muscular diminuídas em todos os grupos musculares, posiciona-se de forma autónoma e passa para a posição bípede com alguma ajuda.

É dependente em grau moderado em todas as Atividades de vida diárias. Elimina no WC. Tem história de oclusão intestinal frequente, estando medicado.

Cuidados de higiene são efectuados pela cuidadora informal. Tem cuidadora 24 horas por dia uma da parte da manhã (Sra E.) e outra na noite (Sra I.).

Reside num 2º andar sem elevador. Reside com a esposa que tem demência. Tem uma filha única que visita regularmente os pais e com quem podemos articular. Falou na possibilidade de institucionalizar o casal.

Objectivo: Optimizar marcha

Plano de Intervenção:

- Manutenção da amplitude articular;*
- Manutenção da força muscular;*
- Aconselhamento dos produtos de apoio*
- Ensino do cuidador acerca de: posicionamentos, prevenção de úlceras de pressão, lesões músculo-esquelética.*

1.1. Sinais Vitais

Sinais Vitais	7/10	22/10	09/11
Frequencia Cardíaca	63 P/min	62	64
Pressão Aretrial	155/63mmHg	150/52	110/50
Saturação O2	96%	97%	97
Frequencia Respiratória	20	18	16
Dor	2/10	0	0
Peso	55 Kg	56,5 Kg	57 Kg
PA	85 cm	86,5cm	85cm

1.2. Função respiratória

- ✓ Eupneico, com respiração regular, superficial e mista.
- ✓ Padrão respiratório normal.
- ✓ Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular.
- ✓ Reflexo de tosse presente.

2. Exame Neurológico

2.1. Estado Mental

- ✓ Estado de consciência: escala de Glasgow- 15 (anexo I).
- ✓ Estado de Orientação: Colaborante quando solicitado e orientado na pessoa e no espaço, no entanto apresenta alguma desorientação temporal. Em alguns momentos não tem consciência das suas limitações, motivo que leva a episódios frequentes de fugas para as escadas do prédio e quedas no domicílio.
- ✓ Memória: Revela alguns défices cognitivos que transparecem quando é questionado sobre o nome da filha. Apresenta igualmente perda parcial da memória para datas importantes como data de aniversário.
- ✓ Linguagem: Volume de voz diminuído e rouquidão. Dificuldade de articulação das palavras.

2.2. Pares Cranianos

Após a avaliação pares cranianos (anexo II) é possível aferir que o utente possui:

- ✓ Hiposmia (diminuição da percepção dos cheiros),
- ✓ Dificuldade em manter a saliva e disgeusia (percepção do paladar alterado).
- ✓ Alteração vestibular com alteração do equilíbrio dinâmico e coclear com diminuição da acuidade auditiva;
- ✓ Ausência do reflexo de vômito e hipofonia;
- ✓ Atrofia do trapézio por desuso.

2.3. Motricidade

- ✓ Presença de bradicinesia (lentificação dos movimentos).
- ✓ Hipocinesia (movimentos de pequena amplitude).
- ✓ Força Muscular: Escala de Lower (anexo III).

Apresenta movimento normal contra gravidade e resistencia (5/5), excepto na articulação escápulo-umeral do membro superior esquerdo (4/5) uma vez que não realiza elevação do ombro.

2.4. Sensibilidade

- ✓ Sensibilidade tátil – Mantida (fricção leve com uma mecha de algodão).
- ✓ Sensibilidade térmica – Mantida (pesquisada com dois copos, um contendo água quente e outro, água fria).
- ✓ Sensibilidade dolorosa – Mantida (tocando-se a pele com a ponta de uma agulha).

2.5. Equilíbrio

- ✓ Equilíbrio estático e dinâmico sentado presente.
- ✓ Equilíbrio ortostático estático presente.
- ✓ Equilíbrio ortostático dinâmico diminuído.
- ✓ Teste de equilíbrio de Berg (14/10): pontuação 32 – 100% risco de queda (anexoIV).

2.6. Marcha

O utente apresenta marcha parkinsoniana: hesitação no início da marcha; passos pequenos, arrastados e rápidos, cabeça e tórax em flexão anterior; *freezing*(paragem súbita da marcha sem motivo aparente). Por vezes usa auxiliar de marcha, tendo história de quedas no ano corrente.

- ✓ Escala de Morse (anexo V):pontuação 60, Alto risco de quedas.

3. Outras Avaliações

Autocuidado: higiene	<ul style="list-style-type: none">• Lava zona superior (frontal) do corpo.• Higienizado na banheira com recurso a cadeira de higiene giratória
Autocuidado: ir ao sanitário	<ul style="list-style-type: none">• Posiciona-se na sanita.• Elimina no wc, mas apresenta obstipação e por vezes episódios de incontinência urinária.
Autocuidado: vestuário	<ul style="list-style-type: none">• Despe e veste roupa na parte superior do corpo.• Abotoa roupa na parte superior do corpo.
Autocuidado: Comer	<ul style="list-style-type: none">• Leva os alimentos à boca com os utensílios.• Conclui uma refeição.
Autocuidado: Beber	<ul style="list-style-type: none">• Bebe por copo ou chávena.• Pega no copo.
Deglutição	<ul style="list-style-type: none">• Sialorreia.• Falta de peças dentárias.• Deglute líquidos e sólidos.• Dieta mole.
Sono	<ul style="list-style-type: none">• Dorme com a esposa em cama de casal.• Sono sem alterações.
Tegumentos	<ul style="list-style-type: none">• Integridade cutânea mantida.
Acessibilidades	<ul style="list-style-type: none">• Reside num 2º andar, sem elevador e sem rampa de acesso à entrada principal.
Cuidadores	<ul style="list-style-type: none">• 2 Empregadas (Dia/noite).• Presença diária da filha.

- ✓ Índice de Barthel (anexo VI) - pontuação 45, dependência Moderada.
- ✓ Escala de Braden (anexo VII) - pontuação 16, alto risco de desenvolvimento de UP.

4. Finalidade da intervenção e Plano de Cuidados

Campos *et al* (2009) referem que, genericamente pode-se dividir as estratégias de Reabilitação da Doença de Parkinson em 2 grandes grupos: a abordagem neurológica, (baseada no desenvolvimento de novas estratégias motoras, tentando criar uma sobreposição cognitiva para os programas motores automáticos) e a abordagem musculoesquelética (ligada ao exercício físico).

A reabilitação tem como objetivo minimizar os problemas motores, ajudando o cliente a manter a independência para realizar as atividades de vida diária, com vista à melhoria da sua qualidade de vida. Com o exercício e consequente aumento da mobilidade poderá modificar-se a progressão da doença e impedir contracturas e deformidades, melhorar a amplitude de movimento, retardar a atrofia por desuso e a fraqueza muscular, promover a expansibilidade pulmonar e a mobilidade torácica, e ainda melhora a auto-estima (Campos *et al*, 2009; Medeiros *et al*, 2012).

Assim, o EEER assume estratégias deliberadamente delineadas com o objetivo de tornar a pessoa menos vulnerável, promovendo os processos de readaptação e recuperação funcional. As terapêuticas de enfermagem são portanto, facilitadoras da transição e aumentam a sensação de bem-estar do cliente, o que se traduzirá em ganhos também para o cliente. Meleis (cit Abreu 2008, p.18) considera que “assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem”.

Neste processo de reabilitação é fundamental que o enfermeiro adote não uma função de controlador, mas antes alguém que tem por função ajudar, apoiar e/ou criar condições para que o cliente/família sejam parceiros no processo de tomada de decisão.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Data de Avaliação	Avaliação
7/10	<p>Dependência no Autocuidado higiene: presente</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado higiene: demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliando conhecimentos do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidado higiene. 	14/10	<ul style="list-style-type: none"> ● Barthel-45 : Dependência grave ● Realiza higiene com apoio do cuidador informal, na banheira, com recurso a cadeira de higiene giratória.
7/10	<p>Dependência no Autocuidado ir ao sanitário: presente</p> <p>Conhecimento do</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliandocapacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidadoir ao sanitário. ● Avaliando conhecimentos do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocuidadoir ao sanitário. 	14/10	<ul style="list-style-type: none"> ● Barthel-45 : Dependência grave ● ApresentaRaramente episódios esporádicos de incontinência urinária. Recusa fralda. ● Continente para eliminação de intestinal. Solicita apoio para ir à

	prestador de cuidados sobre autocuidadoAutocuidado ir ao sanitário			sanita. <ul style="list-style-type: none"> • Beneficia de ateador de sanita.
7/10	Autocuidado: vestuário em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Treinando técnica de adaptação para autocuidado vestuário. 	14/10 19/10	<ul style="list-style-type: none"> • Barthel-45 : Dependência grave • Veste parte superior do corpo; aperta botões com dificuldade.
7/10	Dependência noAutocuidado Comer: presente Conhecimento do prestador de cuidados sobre Autocuidado Comer: demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando conhecimentos do prestador de cuidados sobre autocuidado comer. 	15/10	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidadora confeciona e prepara alimentos de consistência mole. • Cuidadora dá tempo ao cliente para completar refeição.
7/10	Dependência no Autocuidado Beber:	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando capacidade Autocuidado: Beber • Instruindo prestador de cuidados acerca do dispositivo auxiliar para Autocuidado: Beber 	15/10	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe líquidos com copo, tendo dificuldade na inclinação do copo. • Sugerido à filha copo cortado para

	<p>presente</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para Autocuidado Beber: Não demonstrado</p>			beber líquidos.
7/10	Equilíbrio Corporal Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando equilíbrio corporal (escala de Berg). • Estimulando a manter o equilíbrio corporal (correção postural). • Executando técnica de treino de equilíbrio: alternância de carga nos membros superiores e inferiores; apoio unipodal; contorno de obstáculos; exercícios de coordenação de movimentos. • Avaliando conhecimentos sobre técnica de equilíbrio corporal. • Instruindo prestador de cuidados sobre técnica de equilíbrio postural. 	<p>14/10</p> <p>6/11</p> <p>24/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Berg – 32: 100 % de risco de queda. • Passa de posição de sentado para de pé com recurso a andarilho. • Realiza alternância de carga nos membros inferiores (2x15 repetições). • Realiza apoio unipodal direito/esquerdo, durante 15 segundos. • Realiza apoio unipodal

				direito/esquerdo, durante 20segundos.
7/10	Andar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando capacidade para andar. • Avaliando conhecimentos acerca da adaptação do domicílio para andar. • Avaliando conhecimentos sobre técnica de adaptação para andar. • Ensinando sobre adaptação do domicílio para andar. • Instruindo sobre técnica de adaptação para andar • Treinando técnica de adaptação para andar. • Avaliando conhecimentos do cuidador acerca da adaptação do domicílio para andar. 	15/10 19/10 20/10 22/10 24/11	<ul style="list-style-type: none"> • Anda com bengala e apoio unilateral. • Cuidadora retira tapetes de casa. • Sobe e desce escadas com apoio unilateral até à entrada do prédio. • Anda em aclave na rua com bengala e apoio unilateral. • Anda com apoio unilateral na rua. • Anda em casa apoiado na mobília. • Anda sem apoio na rua, com supervisão. Tem mais dificuldades em piso irregular.
7/10	Movimento Muscular Diminuido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliando movimento articular. • Executando técnica de exercício muscular e articular ativo (Adução/ Abdução da articulação 	15/10	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza Adução/ Abdução da articulação escapulo-umeral; elevação dos ombros; Flexão/

		<p>escapulo-umeral; Flexão/ Extensão da articulação do cotovelo; flexão/extensão da articulação coxofemoral; flexão/extensão da articulação do joelho; dorsiflexão do pé).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executando técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (Adução/ Abdução da articulação escapulo-umeral; Flexão/ Extensão da articulação do cotovelo; flexão/extensão da articulação coxofemoral; flexão/extensão da articulação do joelho; dorsiflexão do pé). • Ensinando prestador sobre exercícios musculares e articulares ativos.. 	<p>22/10</p> <p>04/11</p>	<p>Extensão da articulação do cotovelo; Adução/ Abdução e flexão/extensão da articulação coxofemoral; flexão/extensão da articulação do joelho; dorsiflexão do pé (15 repetições).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza Adução/ Abdução da articulação escapulo-umeral; Elevação dos ombros; Flexão/ Extensão da articulação do cotovelo, com resistência de garrafa de água de 50cl (15 repetições). • Realiza Adução/ Abdução e flexão/extensão da articulação coxofemoral; flexão/extensão da articulação do joelho; dorsiflexão do pé, com resistência a 1kg (15 repetições). • Realiza, flexão/ extensão e
--	--	---	---------------------------	--

			18/11	<p>adução/abdução da articulação do cotovelo, joelho e coxo-femura; dorsiflexão do pé, com resistencia de 1kG - 20 repetições cada.</p>
			24/11	<ul style="list-style-type: none"> Realiza flexão/ extensão e adução/abdução da articulação do cotovelo, joelho e coxo-femura; dorsiflexão do pé, com resistencia de 1kG; elevação dos ombros - 30 repetições cada.
7/10	Risco de Queda: presente	<ul style="list-style-type: none"> Avaliando risco de queda (escala de Morse). 	14/10	<ul style="list-style-type: none"> Morse – 60 Alto risco de quedas.
			15/10	<ul style="list-style-type: none"> Cuidadora retira tapetes de casa.
			25/11	<ul style="list-style-type: none"> Instruída cuidadora para aquisição de meia antiderrapantes para a cliente usar durante a noite, uma vez que este se levante para usar o bacio.
7/10	Risco de aspiração: presente	<ul style="list-style-type: none"> Avaliando a capacidade para deglutir. Avaliando eficácia da tosse 	7/10	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta sialorreia e falta de peças dentárias.

	<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre risco de aspiração: não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treinando exercícios de fortalecimento muscular cervical. • Ensinando cuidadora estratégias preventivas de aspiração (correção postural, administrar alimentação no terço inferior da língua; ensino de uso de espessante). 	<p>14/10</p> <p>4/11</p> <p>18/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse eficaz. • Deglute líquidos e sólidos de consistência mole. • Cuidadora demonstra interesse nas estratégias preventivas (comer à mesa, vigilância de sinais como tosse enquanto come, evitar alimentos de consistência mista, administração de alimentação no terço inferior da língua, ensino de uso de espessante) • Realiza flexões laterais, antero-posterior e rotação do pescoço - 10 repetições. • Realiza flexões laterais, antero-posterior e rotação do pescoço - 15 repetições.
--	--	--	---------------------------------------	---

7/10	Ventilação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Executando cinesiterapia respiratória. • Incentivando repouso. • Planeando actividade física. 	15/10	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza aberturacostalglobal com bengala (15 repetições). • Realizada dissociação dos tempos respiratórios, com incentivo verbal.
7/10	<p>Risco de rigidez articular: presente</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre risco de rigidez articular: não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar rigidez articular. • Instruir prestador de cuidados acerca das medidas de prevenção da rigidez muscular. 	<p>7/10</p> <p>22/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À mobilização passiva da articulação do cotovelo apresenta movimento tipo “roda dentada” • Cuidadora observa exercícios muscular e articular realizados e é incentiva a promovê-los. Apresenta-se receptiva.

5. Considerações finais

A doença de Parkinson poderá conduzir a uma perda de autonomia, aumento da dependência de terceiros para a satisfação das mais elementares atividades diárias e ainda a uma perda da qualidade de vida (Sequeira, 2010). Assim, a reabilitação terá como objetivo prevenir complicações e promover a autonomia.

Todas as intervenções realizadas com o cliente deverão ter continuidade de forma a prolongar os resultados no tempo, sendo o cuidador o nosso maior parceiro para que tal aconteça.

A prestação destes cuidados pode ser desgastante e, normalmente, acarreta um aumento do *stress* da sobrecarga por parte de quem os exerce. Por outro lado, os cuidadores enfrentam um conjunto de desafios constantes, pelo que necessitam de se organizar e preparar adequadamente, para assim a viverem de forma saudável a transição para este novo papel (Melo *et al.*, 2014).

As respostas dos cuidadores a todo este processo, o seu envolvimento, a confiança demonstrada e as estratégias de coping a que estes recorrem são indicadores de processo, que se esperam adequados, para que os indicadores de resultado (mestria e integração do novo papel) sejam os mais eficientes e saudáveis possíveis. Segundo a Teoria das Transições, os cuidadores familiares experienciam uma transição do tipo situacional (Schumacher & Meleis, 2010; Melo *et al.*, 2014).

O EEER será o profissionais de saúde que prepara o cuidador para esta nova etapa, promovendo e incentivando a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagem de habilidades e capacidades relacionadas com a situação vivenciada, para facilitarem todo o processo e permitirem uma melhor adaptação (Meleis, 2010).

Melo *et al.* (2014) identifica as necessidades dos cuidadores para que a transição ocorra de uma forma positiva: recursos comunitários e sociais; conhecimentos e aprendizagem de habilidades; significado pessoal, crenças e atitudes; e condição socioeconómica. Assim, e nesta situação o EEER é veículo de informação e permite por exemplo, a aprendizagem de competências instrumentais que permitam ao cuidador familiar prestar melhores cuidados.

Para dar continuidade ao plano de cuidados estabelecido, será importante “passar o legado” ao cuidador de forma a dar. Fica esta parte por concluir durante a minha intervenção, uma vez que o comecei por instruir e o próximo passo seria treinar.

Relativamente aos ganhos obtidos: o cliente não saia de casa desde Agosto e neste momento vem à rua acompanhado pelo equipa de ECCI de 2ª a 5ªfeira; é notória uma melhoria na marcha (deambula no exterior sem apoio, mas ainda com dificuldade nos pisos irregulares); sobe e desce escadas sem apoio. A cuidadora refere melhoria nas actividades de vida, nomeadamente vestir/despir e barbear-se; por vezes vai ao wc sem pedir ajuda para o uso do sanitário.

Será fundamental a coordenação com outros os profissionais de saúde, como por exemplo a assistente social, a psicóloga, a médica de família, de forma a satisfazer as necessidades do cliente e cuidador, de forma a manter um adequado nível de saúde e bem-estar.

Bibliografia

- Campos *et al* (2009). Evidências na Reabilitação do Doente Parkinsónico. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. Vol 18, Nº 2, ano 17.29:32. Disponível em: http://www.spmfr.org/download.php?path=pdfs&filename=NL_2009_2_SPMFR_journal_dec09.pdf.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 24-38). New York, NY: Springer
- Ferreira, A.; Hartmann E., Wanderley, M. (2002). Disfagia Orofaríngea em Pacientes Portadores de Parkinson. *Profala*. 1:23.
- Disponível em: <http://www.profala.com/arttf105.htm#28>
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para prática de enfermagem* (H. Castro, Trad.). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Hoeman, Sirley P. (2000) – *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Medeiros *et al* (2012). O Tratamento Fisioterapêutico na Doença de Parkinson. *Rev Neurocienc*. 20(2). 266: 272. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2002/revisao%2020%2002/624%20revisao.pdf>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Melo, R.; Rua, M.; Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 2 - Mai./Jun. 143:151. DOI: 10.12707/RIV14003
- Schumacher, K., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. 38:51. New York: Springer.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel

ANEXO I- Escala de Glasgow

Escala de Glasgow				
DATA		7/10	24/11	
Abertura Olhos	4- Espontânea	4	4	
	3- Resposta à fala			
	2- Resposta à dor			
	1-Ausente			
Melhor resposta verbal	5-Orientada	5	5	
	4- Confusa			
	3-Inapropriada			
	2- Incompreensível			
	1-Ausente			
Melhor resposta motora	6- Obedece às ordens	6	6	
	5- Localiza estímulos dolorosos			
	4- Retirada à dor			
	3- Flexão à dor			
	2- Extensão à dor			
	1-Ausente			
TOTAL		15	15	

ANEXO II- Pares Cranianos

Pares Cranianos		19/10	
M- mantido D- diminuído A - ausente NA- não avaliável			
I – Olfactivo	Fechar os olhos e identificar odores	D	
II – Óptico	Para encerrar um dos olhos, avaliar campo visual (60º em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro)	M	
III – Óculo-motor IV – Patético VI- Motor Ocular Externo	Seguir o dedo do enfermeiro que irá desenhar um H Simetria dos movimentos oculares	M M	
V – Trigêmeo	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa Reflexo córneo-palpebral Encerrar e mover a mandíbula bilateralmente	M M M	
VII – Facial	Sorrir e para franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras Apagamento do sulco nasogeniano	M D	
VIII – Acústico	Acuidade auditiva de olhos fechados Equilíbrio estático e dinâmico Tonturas e ou vertigens Teste de Romberg - pé com os pés juntos e os membros superiores em extensão (anterior) e olhos fechados	D - esq D D D	
IX – Glossofaríngeo	Reconhecer sabores como o doce e salgado	M	

X – Vago	<p>Reflexo do vômito</p> <p>Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão</p>	<p>A</p> <p>A</p>	
XI – Espinhal	Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente contra resistência	D - esq	
XII – Hipoglosso	Diferentes movimentos da língua e com contra a resistência	M	

ANEXO III - Avaliação da Força Muscular (Lower)

Lower	Membro Superior Dto		Membro Superior Esq	
ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	5/5		4/5	
COTOVELO	5/5		5/5	
PUNHO	5/5		5/5	
DEDOS	5/5		5/5	
Lower	Membro Inferior Dto		Membro Inferior Esq	
MEMBRO INFERIOR DIREITO	5/5		5/5	
ARTICULAÇÃO COXO-FÉMURAL	5/5		5/5	
JOELHO	5/5		5/5	
ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	5/5		5/5	
DEDOS	5/5		5/5	

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência.

4/5- Raio de movimento completo contra resistência. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência.

3/5- Vence gravidade mas não a resistência.

2/5- Tem movimentos das extremidades, mas não contra a gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.

1/5- Observa-se contração palpável/ou visível, sem movimento.

0/5- Sem contração muscular e sem movimento.

(Nota: avaliação distal-proximal)

ANEXO IV–Escala de Equilibrio de Berg

DESCRIÇÃO DOS ITENS (Pontuação: 0-4)

1. Sentado para em pé; 2. Em pé sem apoio; 3. Sentado sem apoio; 4. Em pé para sentado; 5. Transferências; 6. Em pé com os olhos fechados; 7. Em pé com os pés juntos;	8. Reclinar à frente com os braços estendidos; 9. Apanhar objeto do chão; 10. Virando-se para olhar para trás; 11. Girando 360 graus; 12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco; 13. Em pé com um pé em frente ao outro; 14. Em pé apoiado em um dos pés;
--	--

1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- (4) Capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente;
- (3) Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos;
- (2) Capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas;
- (1) Necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar;
- (0) Necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé.

2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte;
- (1) Necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte;
- (0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência.

Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item 4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- (4) Capaz de sentar com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão;
- (2) Capaz de sentar durante 30 segundos;
- (1) Capaz de sentar durante 10 segundos;
- (0) Incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos.

4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- (4) Senta com segurança com o mínimo uso das mãos;
- (3) Controla descida utilizando as mãos;
- (2) Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida;
- (1) Senta independentemente mas apresenta descida descontrolada;
- (0) Necessita de ajuda para sentar.

5. TRANSFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama).

- (4) Capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos;
- (3) Capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente;
- (2) Capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão;
- (1) Necessidade de assistência de uma pessoa;
- (0) Necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança.

6. UM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos;
- (3) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé durante 3 segundos;
- (1) Incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé;
- (0) Necessidade de ajuda para evitar queda.

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- (4) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto;
- (3) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos;
- (0) Necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos.

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)

- (4) Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas);
- (3) Capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas);
- (2) Capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas);
- (1) Capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão;
- (0) Perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo.

9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- (4) Capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança;
- (3) Capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão;
- (2) Incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente;
- (1) Incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta;
- (0) Incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- (4) Olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada;
- (3) Olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso;
- (2) Apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio;
- (1) Necessita de supervisão ao virar;
- (0) Necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

11. VIRAR EM 360 GRAUS

INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- (4) Capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos;
- (3) Capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos;
- (2) Capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente;
- (1) Necessita de supervisão ou orientação verbal;
- (0) Necessita de assistência enquanto vira.

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- (4) Capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos;
- (3) Capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos;
- (2) Capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão;
- (1) Capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência;
- (0) Necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar.

13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO - Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- (4) Capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos;
- (3) Capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos;
- (2) Capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos;
- (0) Perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé.

14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar

- (4) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos;
- (3) Capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos;
- (2) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais;
- (1) Tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente;
- (0) Incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda.

PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)

- Pontuação: 32 Data: 14/10

Segundo Berg, o espectro de aplicação da escala é essencialmente em idosos institucionalizados ou em comunidades, pacientes, com diversos tipos de incapacidade independentemente da idade: vítimas de AVC, Esclerose Múltipla, doença de Parkinson, artrites, lesões musculares e que apresentem incapacidade de ordem vestibular. A análise de pontuação obtida pode ser interpretada do seguinte modo: 0 - 36 pontos: indica 100 % de risco de queda; 37 - 44 pontos: indica uma locomoção segura mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha; 45 - 56 pontos: indica que não existem quaisquer riscos de queda e que o visado goza de uma locomoção segura.

Leonardi, M. M, Lopes, G. J., Bezerra P e Borges, A.P.O.; (2008); “Impacto de Desequilíbrio Estático de Dinâmico no Risco de Quedas em Indivíduos com Ataxia Espinocerebelar”; Artigo; Departamento de Neurologia Clínica e Fisioterapia Neuro-Funcional da Universidade de Franca.

ANEXO V–Escala de Risco de Quedas (Morse)

Data de Avaliação	14/10	24/11
1. História de quedas (últimos 3 meses) não - 0 sim - 20	20	20
2. Diagnósticos médicos (> 2 patologias) não - 0 sim - 15	15	15
3. Ajuda na marcha Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado _____ 0 Bengala / canadiana / andarilho _____ 15 Apoio nos móveis _____ 20	0	0
4. Terapêutica i.v. ou cateter permanente _____ 20	0	0
5. Marcha Normal / cadeira de rodas / acamado _____ 0 Com dificuldade, mas sem ajuda _____ 10 Incapaz, sem ajuda _____ 20	10	10
6. Estado mental Orientado _____ 0 Dificuldade de orientação _____ 15	15	15
Total	60	60

➤ **Classificação do nível de risco/ Recomendações**

- 0 – 24: sem risco (nenhuma recomendação).
- 25 – 50: baixo risco (recomendação: Implementar precauções padronizadas contra quedas).
- > 50: alto risco (recomendação: Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas).

ANEXO VI– Índice de Barthel

	14/10
Higiene pessoal 0 =Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 =Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	0
Evacuar 0 =Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 =Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 =Continente (não apresenta episódios de incontinência)	5
Urinar 0 =Incontinente ou algaliado 5 =Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 =Continente (por mais de 7 dias)	0
Ir à casa de banho (uso de sanitário) 0 =Dependente 5 =Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 =Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	5
Alimentar-se 0 =Incapaz 5 =Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 =Independente (a comida é providenciada)	5
Transferências (cadeira /cama) 0 =Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 =Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 =Pequena ajuda (verbal ou física) 15 =Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	10
Mobilidade (deambulação) 0 =Imobilizado 5 =Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 =Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 =Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	10
Vestir-se 0 =Dependente 5 =Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 =Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	5
Escadas 0 =Incapaz 5 =Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	5

10 =Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala	
Banho 0 =Dependente 5=Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	0
TOTAL	45
Grau de Dependência	Dependência Moderada

Resultado	Grau de Dependência
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

ANEXO VII–Escala de Braden

	14/10	14/11
PERCEPÇÃO SENSORIAL 0- Completamente limitada. 1- Muito limitada. 2- Ligeiramente limitada 3- Nenhuma limitação	3	3
HUMIDADE 1- Pele constantemente húmida 2- Pele muito húmida 3- Pele ocasionalmente húmida 4- Pele raramente húmida	3	4
ATIVIDADE 1- Acamado 2- Sentado 3- Anda ocasionalmente 4- Anda frequentemente	3	4
Mobilidade 1- Completamente imobilizado 2- Muito limitada 3- Ligeiramente limitada 4- Nenhuma limitação	3	3
NUTRIÇÃO 1- Muito pobre 2- Provavelmente inadequada 3- Adequada 4- Excelente	2	3
FRIÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO 1- Problema 2- Problema Potencial 3- Nenhum problema	2	2
Pontuação	16	19
	Alto Risco de desenvolvimento de UP	Baixo risco de desenvolvimento de UP

- Alto risco de desenvolvimento de UP: pontuação de 16 ou inferior
- Baixo risco de desenvolvimento de UP: pontuação igual ou superior a 17

APÊNDICE IV

Jornal de Aprendizagem II: A propósito das acessibilidades

Jornal de Aprendizagem II: A propósito das acessibilidades

A propósito de um cliente da UCC, Sr C., 80 anos, amputado de um dos membros inferiores por insuficiência vascular, independente em cadeira de rodas dentro de casa, e que com ajuda deambula de andarilho, professor de pintura com ateliê uma rua abaixo da sua residência, e que não consegue sair da sua casa porque o elevador tem uma proteção que não permite a entrada da cadeira de rodas, e em que o há 2 degraus à entrada do prédio, não existindo rampa, sendo estas condições de acessibilidade que não permitem a sua saída de casa sem ajuda de terceiros. Já foram feitas tentativas junto do condomínio para instalar rampa e ajustar elevador, mas em que o assunto “fica na gaveta” já há quase 3 meses.

Sem acessibilidade, as pessoas com deficiência ou que experimentam uma situação de limitação funcional não podem ser autónomas, nem utilizar os bens e serviços existentes na sociedade (INR, 2010). Promover a acessibilidade dos edifícios, trás ganhos de funcionalidade e autonomia, sendo um preditivo de qualidade de vida (decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto).

Perante o exposto foi realizado contato com o Instituto Nacional de Reabilitação (INR) e a Associação Nacional de Amputados (ANAMP) de forma a obter mais informações e esclarecimentos legais. As informações obtidas foram as seguintes:

- Para colocação de uma rampa de modo a compensar os degraus de acesso ao edifício, segundo a legislação em vigor (Lei n.º 32/2012, de 14 de Agosto – em anexo) um condómino em situação de mobilidade condicionada pode instalar, à sua custa, em parte comum do prédio em regime de propriedade horizontal, estruturas que facilitem o acesso à sua fração, após comunicação ao administrador que ao abrigo da capacidade atribuída aos condóminos que no respetivo agregado familiar tenham uma pessoa com mobilidade condicionada, de poderem, mediante e observando as normas técnicas de acessibilidade previstas em legislação específica efetuar a referida inovação (ANAMP).

- Poder-se-á recorrer à colocação de uma rampa fixa (código ISO 183018 - <http://www.eastin.eu/pt-pt/searches/products/list?iso=183018>) e realizar-se candidatura a um financiamento pela Segurança Social para a respectiva aquisição. Contudo, o comprimento dessas mesmas rampas não compensam devidamente a altura de 4 degraus criando uma inclinação íngreme e colocando em consequência a segurança de quem a transpõe. Para uma tomada de decisão mais correta esta situação poderá ser validada contactando um fornecedor de rampas com a intenção de experimentação in loco (ANAMP).

- Relativamente à porta do elevador, da análise à legislação a mesma é omissa no que se refere à responsabilidade de efetuar as alterações. Assim, poder-se-á apelar ao bom senso do condomínio para tornar o elevador acessível de acordo com as normas técnicas para melhoria da acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada (Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto – em anexo).

- A Linha do Cidadão com Deficiência (800 20 84 62 - chamada gratuita), integra os serviços do Provedor de Justiça, é uma linha telefónica especialmente vocacionada para os problemas das pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, prestando informações sobre os direitos e apoios que assistem a estes cidadãos, nomeadamente em áreas como a saúde, segurança social, habitação, equipamentos e serviços (<http://www.provedor-jus.pt/>).

Na situação concreta descrita, e após novo contato com o condomínio, já foram retiradas as medidas para colocação de rampa no prédio.

Estes contatos permitiram a aquisição de novos conhecimentos e ferramentas de importantes, para melhor poder orientar e encaminhar situações como estas. Considero que a intervenção do EEER deverá minimizar o impacto das incapacidades funcionais, capacitar para a realização das actividades do quotidiano, o que envolverá também a melhoria das acessibilidades, que neste caso apresentado passa por o EEER ser veículo de informação acerca da legislação e produtos de apoio. Estas informações são facilitadoras para a incorporação de novos conhecimentos, o que contribuirá positivamente para a mudança de estado de saúde do cliente (Meleis, 2012).

Bibliografia

- ✓ Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P (2010). Guia de Acessibilidades para Todos: Apontamento para uma melhor interpretação do decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto. ISBN 978-989-8051-04-2~
- ✓ Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (L. W. & Wilkins, Ed.) *Angewandte Chemie International Edition* (5th ed., Vol. 40). Philadelphia.

APÊNDICE V

Plano de cuidados AL DPOC



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

PLANO DE CUIDADOS

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Local de Estágio: CHLN – HSM Pneumologia (piso 8)

Docentes

Vanda Marques Pinto

Ricardo Braga

Orientador

Enfª Elisabete Amaral

Discente

Ana Luísa Madureira de Oliveira

Lisboa, Janeiro de 2016

Índice

AVALIAÇÃO INICIAL	139
Identificação	139
Antecedentes pessoais	139
História de doença actual	139
Exames complementares de diagnóstico	140
Avaliação física	142
Avaliação funcional	144
Plano de Cuidados	144
Plano de Alta	157
Bibliografia	159
Anexo I - Avaliação da Força Muscular (Lower)	162
Anexo II– Índice de Barthel	164
Anexo III - COPD Assessment Test – CAT	166
Anexo IV - Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)	167
Anexo V- Euro Qol	169

AVALIAÇÃO INICIAL

Identificação

A.L.

- Data de nascimento: 23/3/1965
- Vive com o marido e 2 filhos, num apartamento com 5 degraus.
- Profissão: empregada de balcão de padaria

Antecedentes pessoais

- Antecedentes: DPOC, HTA, ex-fumadora (10/2015)
- Medicação domicílio: indapamida, spiriva, formeterol e ventilan

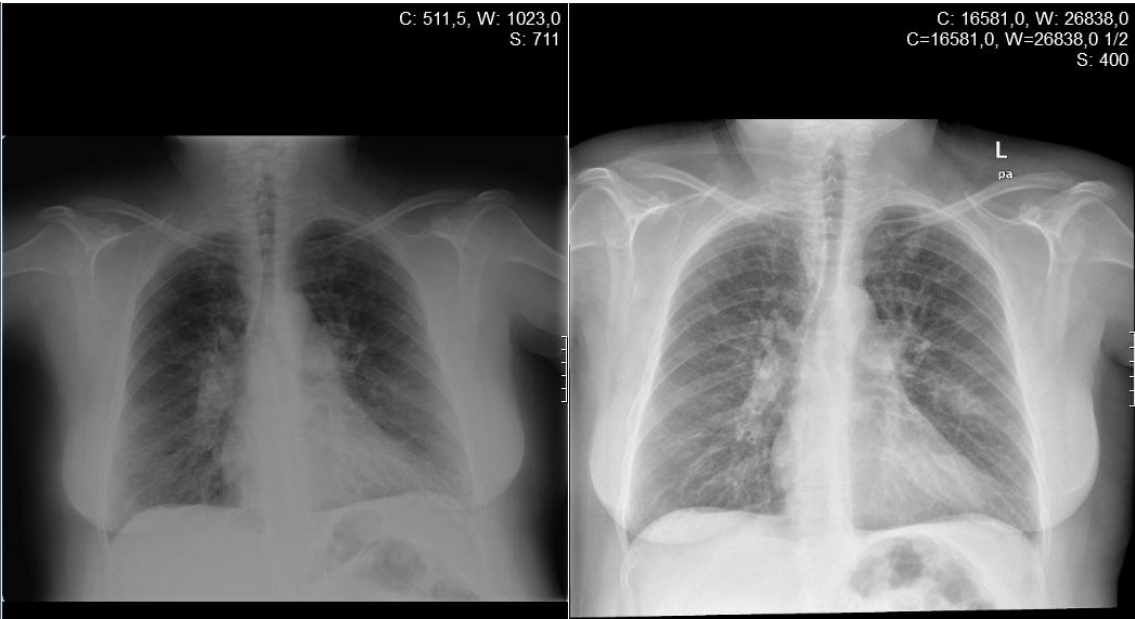
História de doença actual

- Diagnóstico: DPOC agudizada, insuficiência respiratória global
- Medicação no internamento:
 - Amoxicilina+Ác. Clavulánico, 1,2g, EV – 8/8H
 - Fluconazol 100mg, PO – almoço
 - Omeprazol 20mg, PO – Jejum
 - Sucralfato 20%, 1g, Po
 - Sene 12mg, Po
 - Acetilcisteína 300, inal – 10h (antes da cinesiterapia)
 - Salbutamol, 4 inal – 4/4H
 - Ipratrópio 2mcg, 16 inal - 4/4H
 - Beclametasona 250mcg, 6 inal - 4/4H
 - Benzidamia
 - Aminofilina 225mg, PO – 6/6H
 - Indapamina 1,5mg, PO
 - Cloranfenicol, gotas oftalm – 4/4H
 - Cloranfenicol, pomofit – ao deitar
 - Hidroxizina 25mg, PO – ao deitar
 - Enoxaparina 40, SC – 19H
 - O2 para Sat 90-91%

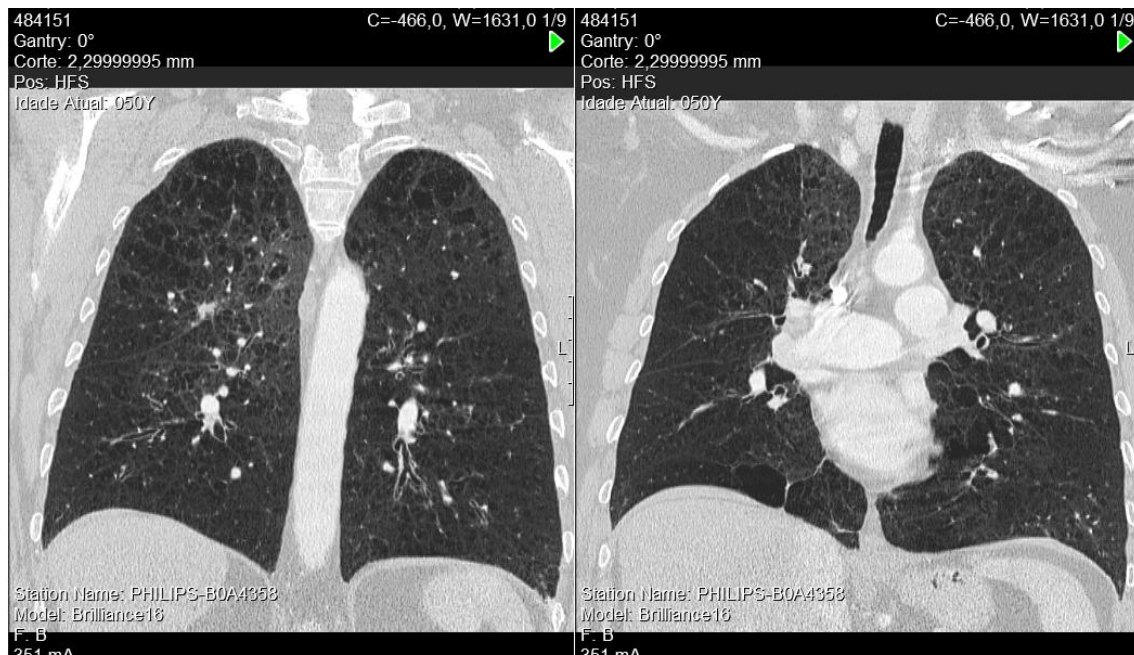
Exames complementares de diagnóstico

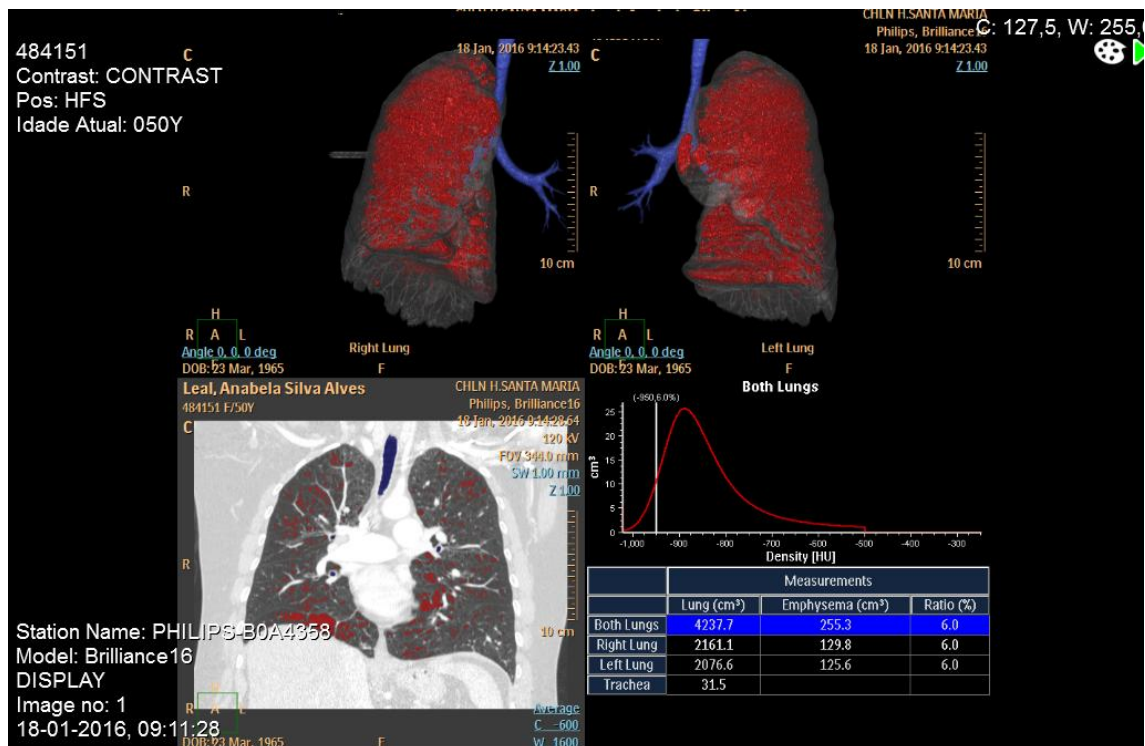
GASOMETRIA					
	4/1	6/1	13/1	15/1	Sem acesso à informação no momento da alta
O2	4L/min	3L/min	6L/min	2L/min	
PH	7,324	7,301	7, 296	7, 345	
PaCO2	58,9	69,4	64,2	57,3	
PaO2	87,9	58,7	68,9	55,8	
SatO2	96,6%		94%	90%	
		Acidose Respiratória IR Tipo 2			

- Rx torácico: 4/1 e 18/1



- **Estudo do sono - 14/1:** Necessidade de BIPAP nocturno com aporte de oxigénio a 2L/min
- **TC torácica – 18/1**
 - Revela nódulo 9mm no lobo superior direito





- Fibrobroncoscopia- 20/1 (fez biópsia e colheu lavado brônquico para análise)

Avaliação física

Sinais Vitais			
	4/1	11/1	18/1
TA	148/79	137/66	114/71 mmHg
FC	82	91	87p/min
FR	20	18	18
SatO2	95-96% (4L/min)	94% (3L/min)	92% (1,5L/min)
Escala de Borgmod.	6	5 (severa)	3

PEF

Débito máximo de ar que pode ser atingido com a manobra de expiração forçada. Mede-se em litros por segundo ou em litro por minuto (DGS, 2014).

6/1	17/1	22/1
< 60	60	80

Avaliação funcional

- Força Muscular
 - Escala de Lower (anexo I): Apresenta movimento normal contra gravidade e resistencia (5/5), em todos segmentos.
- Grau de Dependência
 - Índice de Barthel (anexo II): Independente (85/100). Nas actividades vestir-se e banho, necessita de apoio.
- COPD Assessment Test – CAT (anexo III):
 - 7/1 – 26: Alto Impacto da DPOC no bem estar
 - 22/1 – 11: Médio Impacto
- Limitações provocadas pela dispneia
 - Escala London Chest Activity of Daily Living – 11/1 (anexo IV):
 - Moderadamente com falta de ar: cuidado pessoal (enxugar-se e calçar sapatos/meias); cuidado doméstico (fazer a cama, lavar janelas/cortinas, Usar o aspirador/varrer). Actividade física (inclinar-se).
 - Muita falta de ar: cuidado doméstico (Mudar os lençóis da cama), Laser (sair socialmente), Actividade física (subir escadas).
- Impacto do estado de saúde na vida e na qualidade de vida – 11/1 (anexo V):
 - Euro Qol: estamos perante uma cliente que não tem problemas em andar, possui alguns problemas em lavar-se, vestir-se e em desempenhar as suas actividades habituais, não tem dor ou mal-estar, mas está moderadamente ansioso/a ou deprimido/a. Classifica o seu estado de saúde em 50/100.

Plano de Cuidados

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
4/1	Dispneia actual	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar pele e mucosas - Monitorizar respiração - Gerir oxigenoterapia - Monitorizar dispneia com escala (escala de Borg Modificada) - Manter cabeceira elevada - Vigiar mucosas - Identificar factores desencadeantes de dispneia - Assistir na inaloterapia - Executar técnicas de relaxamento (massagem dos músculos escalenos, esternocleidomastóideo, trapézio, romboíde, mobilização cervical e articulação escapulo umeral). 	<p>4/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pele e mucosas coradas. • Respiração de predomínio torácico, ritmo irregular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica. • Auscultação: murmúrio diminuído, com sibilos no 1/3 superiores e roncos no 1/3 médios e inferiores. • Cumpre VNI/BIPAP contínuo por máscara facial: IPAP – 17; EPAP- 5; FR- 14, com oxigénio a 4L/min. • Visível esforço respiratório em repouso, com recurso a músculos acessórios. Escala de Borg: 6. Refere que a higiene é o momento em que sente mais falta de ar e cansaço. • Praticou posição de descanso e fez controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração, com oxigénio por óculos nasais a 4L/min (10 repetições); reeducação abdomino-diafragmática da

		<ul style="list-style-type: none"> - Instruir técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração. - Treinar técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração. - Executar técnica de respiração abdomino-diafragmática, porção posterior, hemicúpula direita e hemicúpula esquerda. - Ensinar posição de descanso (cocheiro). - Instruir acerca das técnicas de conservação de energia. 	<p>hemicúpula direita e esquerda (10 repetições cada)</p> <p>6/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pele e mucosas coradas. • Sinais vitais (quadro) • Respiração de predomínio torácico, ritmo irregular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica, • Auscultação: murmúrio diminuído, com sibilos no 1/3 superiores e roncos no 1/3 médios e inferiores. • Mantém VNI/BIPAP contínua: IPAP – 17; EPAP- 5; FR- 14; Com oxigénio a 4L/min. • Escala de Borg: 6 • Praticou posição de descanso e fez controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração, com oxigénio por óculos nasais a 4L/min; reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (10 repetições cada). • A cliente refere que se senta na beira da cama para vestir parte inferior do corpo
--	--	---	--

			<p>11/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pele e mucosas coradas. • Sinais Vitais (quadro) • Escala de borg: 5 • Cansaço para pequenos esforços. • Respiração de predomínio torácico, ritmo regular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica. • Auscultação: murmúrio diminuído na generalidade, sem ruídos adventícios. • Suspende VNI contínua, tendo indicação para manter BIPAP nocturno: IPAP – 17; EPAP- 5; FR- 14, com oxigénio a 3L/min. • Praticou posição de descanso e fez controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração, com oxigénio por óculos nasais a 3L/min; reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (10 repetições cada) <p>18/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de borg: 3
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Cumpriu BIPAP nocturno: IPAP – 17; EPAP- 5; FR- 14, com oxigénio a 2L/min. • Praticou posição de descanso e fez controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração, com oxigénio por óculos nasais a 1,5L/min; reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (10 repetições cada). • Reconhece a necessidade de parar várias vezes para por exemplo subir escadas.
6/11	Ventilação espontânea comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar consciência, - Vigiar orientação - Monitorizar SatO2. - Optimizar ventilação através de técnica de posicionamento - Vigiar pele da face, - Vigiar abdómen. 	<p>4/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consciente e colaborante; orientada no tempo, espaço e pessoa. • Não tolera cabeceira abaixo de 60°. • Faz VNI/BIPAP contínuo por máscara facial: IPAP – 17; EPAP- 5; FR- 14; Com oxigénio a 4L/min. • Necessita de auxílio para colocar e retirar máscara facial de VNI. • Pele da face íntegra. Colocada protecção de espuma no septo nasal e frontal.

		<ul style="list-style-type: none"> - Adaptar ventilador. - Adequar interfaces de VNI. - Monitorizar parâmetros ventilatórios. - Avaliar capacidade de utilização da VNI. - Observar exame (Gasometria) - Executar técnicas de reeducação costal selectiva. - Executar técnicas de reeducação costal global. - Executar técnicas de reeducação costal global com bastão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplica colírios oftálmicos e faz Dimeticone. • Abdómen distendido. <p>6/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alterada máscara de VNI para total face. Mantém VNI/BIPAP contínua: IPAP – 17; EPAP- 5; FR- 14; Com oxigénio a 4L/min. • Necessita de auxílio para colocar e retirar mascara total de VNI. • Não tolera cabeceira abaixo de 60°. • Pele da face integra • Mantém abdómen distendido. • Apresenta exudado ocular. <p>11/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspende VNI continua, tendo indicação para manter BIPAP nocturno: IPAP – 17; EPAP- 5; FR- 14; Com oxigénio a 3L/min. • Oxigénio a 3L/min durante o dia.
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> Realizou exercícios de reeducação costal global com bastão (10 repetições); reeducação costal seletiva lateral direito e esquerdo com abdução do membro superior direito (10 repetições cada); reeducação costal antero-lateral direito e esquerdo (10 repetições cada). <p>18/1</p> <ul style="list-style-type: none"> Oxigénio a 1,5L/min durante o dia. Realizou exercícios de reeducação costal global com bastão (10 repetições); reeducação costal seletiva lateral direito e esquerdo com abdução do membro superior (10 repetições cada); reeducação costal antero-lateral direito e esquerdo (10 repetições cada).
	Limpeza das vias aéreas comprometidas	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar expectoração. - Vigiar tosse. - Auscultar tórax - Gerir terapêutica aerossol (inaloterapia com SF antes da intervenção) 	<p>4/1</p> <ul style="list-style-type: none"> Auscultação: murmúrio diminuído, com sibilos no 1/3 superiores e roncos no 1/3 médios e inferiores. Huff. Tosse dirigida, eficaz, com saída de secreções em reduzida quantidade, espessas e amarelas. <p>6/1</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Planejar ingestão de líquidos. - Incentivar a tossir - Instruir acerca do ciclo ativo da tosse. - Treinar ciclo ativo da tosse. - Executar técnicas de drenagem postural modificada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultação: murmúrio diminuído na generalidade e roncosp 1/3 médio e inferiores. • Huff. Tosse dirigida, eficaz, com saída de secreções em abundante quantidade, amarelas, espessas. <p>11/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultação: murmúrio diminuído na generalidade, sem ruídos adventícios • Huff. Tosse dirigida eficaz, com saída de secreções em pequena quantidade, esbranquiçadas, viscosas. <p>18/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultação: Auscultação: murmúrio diminuído na generalidade, sem ruídos adventícios • Huff. Tosse dirigida eficaz, com saída de secreções em escassa quantidade, esbranquiçadas, fluidas
4/11	Ventilação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar respiração. - Vigiar ventilação. - Observar exame (RX, TC) 	<p>4/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esforço respiratório em repouso. • Respiração de predomínio torácico, ritmo irregular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica,

	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultar tórax. - Executar técnicas de reeducação costal selectiva. - Executar técnicas de reeducação costal global. - Executar técnicas de reeducação costal global com bastão - Optimizar ventilação através de técnica de posicionamento. - Incentivar realização de inspirómetro de incentivo invertido. <p>Mesmo sem muitos estudos científicos que comprovem, o inspirómetro de incentivo invertido é utilizado com os seguintes objetivos: desinsuflação pulmonar, higiene brônquica e treino da força muscular expiratória. O cliente realiza uma expiração no bocal, de modo que agora é a expiração que é resistida, subindo as bolinhas de forma não sequencial. Porém, a resistência não é mensurada. Acredita-se que o inspirómetro invertido tenha função semelhante ao aparelho de pressão expiratória positiva. Por haver</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultação: murmúrio diminuído, com sibilos no 1/3 superiores e roncocal no 1/3 médios e inferiores. • Posição de descanso e relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios (10 repetições); reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (10 repetições cada) <p>6/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esforço respiratório em repouso. • Respiração de predomínio torácico, ritmo irregular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica, • Auscultação: murmúrio diminuído na generalidade e roncocal 1/3 médio e inferiores • Posição de descanso e relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios (10 repetições); reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (10 repetições cada) • Inspirómetro de incentivo invertido (5+5 repetições). <p>11/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esforço respiratório para pequenos esforço.
--	---	--

		<p>resistência expiratória, o aparelho promove um efeito semelhante ao Huffing. (Rosa <i>et al</i>, 2013). O cliente em posição sentada, com o inspirômetro Invertido, faz expirações forçadas e profundas no bocal em 5 séries de 2 repetições, com 1 minuto de descanso entre elas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respiração de predomínio torácico, ritmo regular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica. • Auscultação: murmúrio diminuído na generalidade, sem ruídos adventícios. • Posição de descanso e relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios (10 repetições); reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (10 repetições cada); reeducação costal global com bastão (10 repetições); reeducação costal seletiva lateral direito e esquerdo com abdução do membro superior (10 repetições cada); reeducação costal antero-lateral direito e esquerdo (10 repetições cada). • Inspirômetro de incentivo invertido (5+5 repetições). Realiza ainda antes do jantar a mesmo nº de repetições. <p>18/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiração de predomínio torácico, ritmo regular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica. • Auscultação: murmúrio diminuído na generalidade,
--	--	--	--

			<p>sem ruídos adventícios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posição de descanso e relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios (10 repetições); reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (10 repetições cada); reeducação costal global com bastão (10 repetições); reeducação costal seletiva lateral direito e esquerdo com abdução do membro superior (10 repetições cada); reeducação costal antero-lateral direito e esquerdo (10 repetições cada). • Inspirómetro de incentivo invertido (5+5 repetições).
6/1	Conhecimento para a saúde diminuído acerca da inaloterapia	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir acerca da técnica de inaloterapia com câmara expansora. - Treinar técnica de inaloterapia com câmara expansora. - Instruir acerca da limpeza e higiene da câmara expansora no domicílio (lavar com água e sabão 2 	<p>6/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica os diferentes inaladores que vais usar. • Monta e desmonta câmara expansora. • Cumpre a ordem de administração: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1º Betagonista (salbutamol) ▪ 2º Anticolinérgico (ipatropio) ▪ 3º Corticoide (beclometadona).

		vezes por semana, com água e sabão).	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza técnica correta inalatória com MDI com câmara expansora. • Não lava cavidade oral no final da administração. • Não sustem respiração (cerca de 10 segundos, entre cada inalação). <p>14/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autônoma na técnica inalatória com MDI com câmara expansora. <p>18/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autônoma na técnica inalatória com MDI com câmara expansora. • É capaz de repetir verbalmente os passos da higiene e limpeza da câmara expansora.
	Conhecimento para a saúde diminuído acerca	- Instruir acerca das complicações da VNI. ¹	<p>18/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica algumas complicações da VNI como

¹Complicações VNI: Entre outras poderão existir pneumotórax, epistáxis (pode ser provocada pela interface de ventilação ou pelo fluxo inspiratório se a mucosa nasal for frágil) náuseas e vômitos, cefaleias, perturbações do sono, conjutivite (devido à fuga em torno da interface, podendo o uso de colírios epitelizantes estar indicado); distensão abdominal com aerofagia (pode ser reduzida através do ajuste dos parâmetros e modo ventilatórios; secura da mucosa oral e/ou nasal (devido sobretudo à frequência respiratória ou fluxo de ar elevados, ar demasiado seco ou devido à manutenção da boca aberta durante a expiração, podendo ser corrigida pela utilização de um filtro humidificador e correta hidratação).

	da VNI	- Instruir acerca da higiene e limpeza da VNI no domicílio. ²	<p>epistáxis, conjuntivite, secura da mucosa oral e aerofagia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interessada na aquisição dos conhecimentos, colocando questões. Consegue montar e desmontar equipamento. É capaz de repetir verbalmente os passos da higiene e limpeza da VNI.
--	--------	--	---

²Higiene e limpeza da VNI no domicílio

- Ventilador: desligar da corrente elétrica quando proceder à limpeza, que deve ser realizada com um pano húmido, e só deve ser novamente utilizado quando secar.
- Traqueia: semanalmente lavar com água e sabão, por fora. Enxaguar bem, não devendo entrar água no circuito. Caso aconteça, deve-se pendurar para a água sair.
- Interface: proceder à desmontagem e limpeza 1 a 2 vezes por semana, usando água e sabão (ex: azul e branco). Deixar secar sem exposição ao sol, enxugar o melhor possível e montar. Lavar de preferência de manhã para usar à noite.
- Filtro: descartável, conforme indicação do fornecedor. - Arnês: Lavar 1 a 2 vezes por semana, com água morna e sabão neutro. Deixar secar sem exposição ao sol. Lavar de preferência de manhã para usar à noite.
- Conector de oxigénio: limpar com água e sabão, 1 vez por semana, secar bem e voltar a adaptar ao ventilador.
- Filtro de ar: aspirar 1 vez por semana (seguir as recomendações do fabricante).

Plano de Alta

Não estive presente no momento da alta, uma vez que a cliente teve alta para o domicílio no dia 22/1. Foi com oxigénio de longa duração (OLD), para repouso e esforço, e ventilação mecânica não invasiva nocturna (BIPAP com máscara facial).

Assim seria importante reforçar o ensino nas seguintes temáticas:

- **Reforço das técnicas de reeducação funcional respiratória:** Ajudam a diminuir a hiperinsuflação, favorecem as trocas gasosas, promovem o aumento da força e resistência dos músculos respiratórios e otimizam o padrão tóraco-abdominal (Fernandes, 2009).

A cliente cumpre os exercícios realizados no internamento sem dificuldade, de forma autónoma.

- **Técnicas de descanso e relaxamento:** Têm como objetivo reduzir a tensão física e psíquica para um melhor desempenho na realização das actividades de vida (Heitor *et al*, 1988).
- **Técnicas de conservação de energia:** Importantes para introduzir pequenas alterações nas tarefas diárias, fundamentais para reduzir a sensação de dispneia e prevenir, diminuir ou mesmo retardar o aparecimento de alterações metabólicas e respiratórias (Presto & Damázio, 2009).

A cliente refere que se senta na beira da cama para vestir parte inferior do corpo. Reconhece a necessidade de parar várias vezes para por exemplo subir e descer escadas.

- **Uso de inaladores.** Adequar os ensinamentos aos inaladores que serão prescritos para o domicílio. No internamento é autónoma na administração dos MDI com câmara expansora.
- **Informação sobre os equipamentos de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias e do seu modo de funcionamento.**

Autónoma com o BIPA, com máscara facial.

As escalas aplicadas nomeadamente a Escala London e a Euro Qol são úteis de forma a direccionar os ensinamentos para as actividades mais afectadas. Como por exemplo, o cuidado

peçoal (enxugar-se e calçar sapatos/meias),será importante ensinar o recurso a um banco, de forma a realizar estas atividades sentada; o cuidado doméstico (fazer a cama, lavar janelas/cortinas, usar o aspirador/varrer) será necessário reforçar que estas actividades poderão ter de ser realizadas de forma faseadas e com recurso a momentos de descanso.

Os ensinós poderão ser completados com a informação também em papel, através de folhetos.

Será realizado *follow up* telefónico, uma semana após a alta, de forma a perceber como corre a adaptação da cliente à nova condição de saúde e adesão à OLD, VNI e inaladores.

Bibliografia

- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência.
- Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006907.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Circular informática Nº: 40A/DSPCD.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC - Informação Complementar sobre a DPOC em Portugal. Disponível em: <http://www.dgs.pt/wwwbase/wwwinclude/ficheiro.aspx?tipo=0&mid=5005&id=20985&ambiente=WebSiteMenu>
- Direção Geral da Saúde (2011). Norma sobre Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma nº 054/2011. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2013). Norma sobre Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Norma nº 028/2011 de 30/09/2011 atualizada a 10/09/2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011-de-30092011-atualizada-a-10092013-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2013). Norma sobre Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Equipamentos - Norma nº 022/2011 actualização de 5/03/2013.
- Direção Geral da Saúde (2013). Norma sobre Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia. Norma nº 018/2011 actualização 12/02/2013.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Critérios da qualidade para a realização de uma espirometria*. Lisboa. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/criterios-da-qualidade-para-a-realizacao-de-uma-espirometria-em-discussao-publica-pdf.aspx>

Fernandes, A. B. S. (2009). Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas*, 1.

Ferreira, Pedro; Ferreira, Lara; Pereira, Luís (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta MedPort* .Nov-Dec. 26(6). 664:675. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1317/3807>

Hoeman, Sirley P. (2000) – *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência.

Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M. R., Olazabal, M., & Maia, M. O. (s.d). *Reeducação Funcional Respiratória*. (Eds). Lisboa: BoehringerIngelheim

Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória (4ª Ed ed.)*. Rio de Janeiro

Rosa, R *et al* (2013). Inspirómetro de incentivo invertido como excitador da musculatura respiratória em indivíduos saudáveis. *Revista Intellectus*. Ano IX, Nº 25, Out-Dez. 177:197. ISSN 1679-8902 Disponível em: <http://www.revistaintellectus.com.br/DownloadArtigo.ashx?codigo=310>

ANEXOS

Anexo I - Avaliação da Força Muscular (Lower)

Data: 6/1/2016

Lower	Membro Superior Dto		Membro Superior Esq	
ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	5/5		5/5	
COTOVELO	5/5		5/5	
PUNHO	5/5		5/5	
DEDOS	5/5		5/5	

Lower	Membro Inferior Dto		Membro Inferior Esq	
MEMBRO INFERIOR DIREITO	5/5		5/5	
ARTICULAÇÃO COXO-FÉMURAL	5/5		5/5	
JOELHO	5/5		5/5	
ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	5/5		5/5	
DEDOS	5/5		5/5	

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência.

4/5- Raio de movimento completo contra resistência. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência.

3/5- Vence gravidade mas não a resistência.

2/5- Tem movimentos das extremidades, mas não contra a gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.

1/5- Observa-se contração palpável/ou visível, sem movimento.

0/5- Sem contração muscular e sem movimento.

(Nota: avaliação distal-proximal)

AnexoII– Índice de Barthel

	4/1
Higiene pessoal 0 =Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 =Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	0
Evacuar 0 =Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 =Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 =Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10
Urinar 0 =Incontinente ou algaliado 5 =Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 =Continente (por mais de 7 dias)	10
Ir à casa de banho (uso de sanitário) 0 =Dependente 5 =Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 =Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10
Alimentar-se 0 =Incapaz 5 =Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 =Independente (a comida é providenciada)	10
Transferências (cadeira /cama) 0 =Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 =Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 =Pequena ajuda (verbal ou física) 15 =Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	10
Mobilidade (deambulação) 0 =Imobilizado 5 =Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 =Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 =Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	15
Vestir-se 0 =Dependente 5 =Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 =Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	5
Escadas	10

0 =Incapaz 5 =Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 =Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala	
Banho 0 =Dependente 5=Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5
TOTAL	85
Grau de Dependência	Independente

Resultado	Grau de Dependência
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

Anexo III - COPD Assessment Test – CAT

Por exemplo: Estou muito feliz 0 **X** 2 3 4 5 Estou muito triste

PONTUAÇÃO

Nunca tenho tosse	0 1 2 3 4 5	Estou sempre a tossir	
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	0 1 2 3 4 5	O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	
Não sinto nenhum aperto no peito	0 1 2 3 4 5	Sinto um grande aperto no peito	
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	0 1 2 3 4 5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	0 1 2 3 4 5	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0 1 2 3 4 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	
Durmo profundamente	0 1 2 3 4 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	
Tenho muita energia	0 1 2 3 4 5	Não tenho nenhuma energia	
<p>O teste de avaliação da DPOC e o logótipo CAT é uma marca registada do grupo de empresas GlaxoSmithKline. © 2009 grupo de empresas GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados. Last Updated: February 26, 2012</p>			<p>PONTUAÇÃO TOTAL</p>

7/1	22/1
3	2
4	1
0	0
5	1
3	1
3	1
5	3
3	2
26	11

7/1 – 26: Alto Impacto da DPOC no e bem-estar

22/1- 11: Médio Impacto da DPOC no e bem-estar

AnexoIV - Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Instruções de preenchimento:

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e **escreva o número** correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias atividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há atividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quanto sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer.

0 – Eu não faria de forma alguma (se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade).

1 – Eu não fico com falta de ar (se a atividade é fácil para si).

2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar).

3 – Eu fico com muita falta de ar (se a atividade lhe causa muita falta de ar).

4 – Eu não posso mais fazer isso (se deixou de fazer atividade por causa de falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer para si).

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz compras por si).

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes atividades:

Cuidado Pessoal	
Enxugar-se	2
Vestir a parte superior do tronco	1
Calçar sapatos/meias	2
Lavar a cabeça	1

Lazer	
Andar em casa	1
Sair socialmente	3
Falar	1

Cuidado Doméstico	
Fazer a cama	2
Mudar os lençóis da cama	3
Lavar janelas/cortinas	2
Limpeza/limpar o pó	2
Lavar a louça	1
Usar o aspirador/varrer	2

Atividade Física	
Subir escadas	3
Inclinar-se	2

Anexo V- Euro Qol

Instruções de preenchimento:

Assinale com uma cruz (assim x), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor **o seu estado de saúde de hoje:**

Mobilidade	
Não tenho problemas em andar	<input type="checkbox"/> 1
Tenho alguns problemas em andar	<input type="checkbox"/> 2
Tenho de estar na cama	<input type="checkbox"/> 3
Cuidados pessoais	
Não tenho problemas em cuidar de mim	<input type="checkbox"/> 1
Tenho alguns problemas em lavar-me e vestir-me	<input type="checkbox"/> 2
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	<input type="checkbox"/> 3
Atividades habituais (ex.: trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)	
Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/> 1
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/> 2
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/> 3
Dor/Mal-Estar	
Não tenho dores ou mal-estar	<input type="checkbox"/> 1
Tenho dores ou mal-estar moderados	<input type="checkbox"/> 2
Tenho dores ou mal-estar extremos	<input type="checkbox"/> 3

Ansiedade/Depressão	
Não estou ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/> 1
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/> 3
Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:	
Melhor	<input checked="" type="checkbox"/> 1
Igual	<input type="checkbox"/> 2
Pior	<input type="checkbox"/> 3

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde.

O melhor estado de saúde imaginável

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

O pior estado de saúde imaginável

APÊNDICE VI

Plano de Cuidados e Pesquisa: Fibrose Quística

Diagnóstico: Infecção Respiratória

Antecedentes: Fibrose Quística, Transplante Hepático, DM

Objetivos:

- Melhorar a ventilação alveolar.
- Melhorar a permeabilidade das vias aéreas e facilitar a drenagem das secreções brônquicas.
- Incentivar e promover a realizar de forma autónoma de cinesiterapia respiratória.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
26/1	<p>Limpeza das vias aéreas ineficaz</p> <p>Expectorar comprometido</p> <p>Ventilação comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar respiração. - Monitorizar sinais vitais. - Observar exame (RX). - Auscultar Tórax. - Vigiar expectoração. - Administrar atmosfera húmida. - Instruir técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração. - Treinar técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração. - Executar exercícios respiratórios (reeducação 	<p>26/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais: TA 99/67mmhg, SatO2 94% (oxigénio a 1L/min), FC 83p/min. • Pele e mucosas descoradas. • Respiração de predomínio torácico, ritmo regular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica. • Auscultação: murmúrio diminuído, com roncos nas bases. • Praticou posição de descanso e fez controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração; reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (10 repetições cada); reeducação costal global (10 repetições). • Realizou acapela 5+5 repetições. • Realiza ciclo ativo da tosse com ênfase no Huff.

		<p>diafragmática global e porção posterior)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar exercícios respiratórios (reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda) - Executar exercícios respiratórios (reeducação costal global com bastão) - Executar exercícios respiratórios (reeducação costal selectiva: lateral direito e esquerdo c/ abdução do MS; antero lateral direito e esquerdo) - Executar drenagem postural modificada. - Instruir técnica de tosse dirigida. - Treinar técnica de tosse dirigida. - Executar de técnicas respiratórias (ênfase no Huff) - Incentivar a tossir. - Executar manobras acessórias (percussão e 	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse dirigida, eficaz, com saída de secreções em modera quantidade quantidade, esbranquiçadas e viscosas. • Refere escala de Borg modificada após os exercícios de 5. <p>27/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultação: murmúrio diminuído, com roncosp no lobo médio e superiores. • Realizouacapelasentada 5+5 repetições. • Tosse dirigida, eficaz, com saída de secreções em moderada quantidade, esbranquiçadas e viscosas. • Refere escala de Borg modificada após os exercícios de 3. <p>3/2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pele e mucosas descoradas. • Auscultação: murmúrio diminuído • Respiração de predomínio torácico, ritmo regular, amplitude superficial, expansão torácica simétrica.
--	--	---	--

		vibração). - Instruir acerca do uso de dispositivo Acapela. - Treinar uso de dispositivo Acapela. - Incentivar à hidratação oral. - Optimizar ventilação através de técnica de posicionamento	<ul style="list-style-type: none"> • Praticou posição de descanso e fez controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração; reeducação abdomino-diafragmática da hemicúpula direita e esquerda (10 repetições cada); reeducação costal global com bastão (10 repetições); reeducação costal seletiva lateral direito e esquerdo com abdução do membro superior (10 repetições cada); reeducação costal antero-lateral direito e esquerdo (10 repetições cada). • Realizou acapela sentada 5+5 repetições. • Tosse dirigida, eficaz, sem secreções. • Refere escala de Borg modificada após os exercícios de 2.
26/1	Ansiedade atual	- Apoiar em situações de angústia. - Avaliar ansiedade (escala de HADS). - Elogiar capacidade de desempenho.	- recursa BIPAP nocturno - não houve oportunidade de aplicar escala de HADS ³ .

³ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – em anexo.

		<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar progresso. - Encorajar a comunicação de emoções. - Explicar tratamento (cinesiterapia respiratória). - Facilitar processo de coping. - Treinar técnica de relaxamento. 	
26/1	Não adesão ao exercício atual	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir acerca dos exercícios respiratórios. - Treinar acerca dos exercícios respiratórios. - Incentivar à realização dos exercícios respiratórios 	<p>26/1- Não se mostra receptiva para a realização dos exercícios. Após insistência da mãe aceita realizar cinesiterapia.</p> <p>3/2- Mostra-se mais disponível e receptiva à realização dos exercícios respiratórios. Realizou exercícios com supervisão. Mãe supervisiona e incentiva a realização dos exercícios</p>

Bibliografia

- Direção Geral da Saúde (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Circular informática Nº: 40A/DSPCD.Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=14938>
- Direção Geral da Saúde (2015). Norma sobre Diagnóstico da Fibrose Quística em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma nº 031/2012 de 28/12/2012 actualizada em 30/07/2015.Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0312012-de-28122012-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2015). Norma sobre Tratamento e Seguimento da Fibrose Quística em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma nº 032/2012 de 28/12/2012 actualizada em 09/06/2015.Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0322012-de-28122012-png.aspx>
- Pais-Ribeiro, J., *et al.* (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225 – 237.

ANEXO – ESCALA DE HADS

Foi criada por Snaith e Zigmond (1983), como forma de auxiliar os clínicos a identificar e a reconhecer os componentes emocionais associados à doença física suscetíveis de influenciar os níveis de distress causados pela doença, confundir o diagnóstico ou mesmo causar o prolongamento da recuperação.

Trata-se de uma escala que pretende avaliar a depressão e a ansiedade em contexto hospitalar. As questões reportam-se à semana anterior ao preenchimento.

A HADS consiste em duas subescalas, uma referente à ansiedade e outra à depressão, cada uma com sete itens, cotados separadamente. Assim, cada um dos 14 itens é respondido numa escala ordinal de 0 a 3, variando a cotação para cada dimensão entre 0 e 21 pontos. Os valores normativos apresentados no manual da HADS indicam que uma pontuação entre 0 e 7 corresponde a uma classificação “normal”; 8 e 10 – “leve”/“provável”; 11 e 14 – “moderada”; e 15 e 21 – “severa”. (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007)

EADH(versão portuguesa, Ribeiro et al., 2007)

Este questionário pretende ajudar a perceber como se tem sentido na última semana. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve o que sentiu na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata será provavelmente a mais correcta. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

7. Sou capaz de estar descontraído e de me sentir relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

FIBROSE QUÍSTICA

(Pesquisa realizada com recurso à Associação Nacional de Fibrose Quística (ANFQ))

Devido à especificidade desta patologia e dos cuidados inerentes, senti necessidade de realizar pesquisa sobre o tema, de forma a melhor sustentar o plano de cuidados elaborado.

A Fibrose Quística (FQ) também chamada ou mucoviscidose (nome dado em França), é a doença genética e hereditária, mais frequente nos melanodérmicos, com uma incidência na população de origem europeia de 1 em cada 2.000 – 4000 nascimentos por ano.

Em Portugal calcula-se que nasçam por ano cerca de 30 a 40 crianças com FQ. Estima-se que a nível mundial existam 7 milhões de pessoas portadoras da anomalia genética da fibrose quística e cerca de 60.000 com a doença. É uma doença que surge por mau funcionamento das glândulas exócrinas do organismo (as de secreção externa).

A FQ foi descrita pela primeira vez de modo compreensível em 1938 por Andersen, como uma doença que se caracterizava por alterações no pâncreas e infecções nos pulmões. Baseando-se nas características observadas no pâncreas (aspecto quístico e fibroso), foi também Andersen quem primeiro estabeleceu o termo de fibrose quística – “*cysticfibrosisofthepancreas*” – para a doença. Em 1943 Farber, por observar que os ductos dos órgãos afectados na fibrose quística acabavam por ficar obstruídos pelas secreções anormalmente espessas e com grandes probabilidades de serem colonizadas por bactérias, particularmente nas vias aéreas respiratórias, utilizou o termo “mucoviscidose” para se referir à doença. Por volta de 1946, estudos realizados em doentes permitiram que se começasse a ter algum conhecimento sobre as bases genéticas da FQ. Depois de examinarem o padrão hereditário nas famílias, os investigadores concluíram que a FQ era uma doença recessiva, provavelmente causada pela mutação de um único gene (monogénica).

. O gene FQ é responsável pela produção de uma proteína chamada CFTR (CysticFibrosisTransmembraneConductanceRegulator). Todas as pessoas têm esta proteína, mas nos doentes com FQ ela não funciona correctamente. As suas funções são semelhantes às de uma canal que abre e fecha de modo a permitir a entrada e saída de iões cloreto e sódio, a nível das células de alguns órgãos.

O diagnóstico no período neonatal pode ser feito pelo doseamento da imunotripsina reactiva sérica, no sangue recolhido ao recém-nascido. No primeiro mês de vida valores 25 vezes superiores ao normal são suspeitos, mas nunca conclusivos. A hipótese diagnóstica tem

que ser confirmada pela prova de suor e/ou diagnóstico molecular para identificação de mutações.

A doença caracteriza-se pela disfunção das glândulas de secreção externa dos órgãos onde o gene tem maior expressão: glândulas sudoríparas, brônquios, intestinais, pâncreas, fígado, órgãos reprodutores. Estas glândulas normalmente produzem secreções fluidas que fluem facilmente pelos canais das glândulas até ao exterior. Na FQ estas secreções são francamente mais espessas, mais viscosas, por a anomalia genética provocar alterações no funcionamento das trocas de água e de sal nas células destas glândulas, resultando um muco com menos água do que o normal. Estas secreções vão provocar fenómenos de obstrução a vários níveis do organismo produzindo as diferentes manifestações da doença.

➤ **Glândulas sudoríparas**

A excreção aumentada de sal produz um suor salgado que faz com que a criança quando beijada, saiba a sal. Este é um dos sinais clássicos da FQ. A perda de sal normalmente é compensada: com sal nos alimentos de acordo com as necessidades; nos períodos de maior sudação forçar a ingestão de líquidos e sal; evitar grandes exposições ao sol e calor.

➤ **Pâncreas**

No pâncreas por não funcionamento do canal de cloreto a nível das células epiteliais dos ductos, observa-se fundamentalmente diminuição da secreção de bicarbonato e fluido ductal. Como consequência há obstrução dos ductos e secundariamente as enzimas secretadas no pâncreas não atingem o intestino havendo deficiente absorção das gorduras e proteínas. Com a idade, em alguns doentes (81,5%) observa-se destruição das células produtoras de insulina, surgindo a diabetes mellitus. A insuficiência pancreática é sem dúvida a causa mais importante para a má nutrição na FQ, por mal absorção dos alimentos.

➤ **Intestino**

No intestino para além da deficiência em enzimas pancreáticas, existem também desregulações do transporte de iões nas células do intestino, o que leva ao atraso no trânsito intestinal com acumulação de fezes e muco.

➤ **Fígado**

No fígado os ductos drenam as secreções biliares. Na FQ devido ao aumento da viscosidade da bília e alteração da composição dos ácidos biliares observa-se distensão dos pequenos ductos biliares e deposição do muco espesso. Normalmente só uma pequena

percentagem de doentes (35%) apresenta doença hepática, que se manifesta clinicamente por icterícia neonatal, esteatose hepática, cirrose biliar focal ou multilobular.

➤ **Aparelho respiratório**

Para um funcionamento e uma limpeza adequada dos pulmões, existe uma pequena quantidade de fluido e muco ao longo das vias aéreas, que em conjunto com o movimento dos cílios das células da traqueia e dos brônquios, contribui para a remoção para fora das vias aéreas, de partículas inspiradas (poeiras, fumos, poluentes, bactérias, vírus, etc.) que de outra forma poderiam ser prejudiciais para a saúde. Para que este movimento constante se mantenha, o muco das vias aéreas tem que ser fluido, pois caso seja viscoso haverá obstrução e a drenagem e limpeza das vias aéreas estará dificultada. Nos doentes, o gene FQ anómalo dá uma informação errada para a síntese da proteína CFTR, que por isso não vai funcionar a nível da membrana apical das células epiteliais, como canal de cloreto. Estas células vão ter assim dificuldade no transporte de sal e de água para dentro (absorção) e para fora (secreção), e em especial no transporte de iões cloreto. Desta forma, o muco fica mais desidratado e mais espesso, o que dificulta a drenagem, provocando obstrução e favorecendo a infecção.

A maioria dos sintomas respiratórios são provocados pela obstrução dos brônquios com o muco mais espesso e viscoso que tem maior dificuldade em ser removido. Ao ficar retido nas vias respiratórias obstruindo-as, interfere com as trocas gasosas e com a remoção das bactérias que vão infectar o pulmão. Além das infecções observa-se também, um processo inflamatório, que por sua vez aumenta a produção de muco, agravando mais a obstrução e consequentemente provocando mais infecção. Origina-se assim um ciclo vicioso difícil de quebrar que leva a lesão pulmonar irreversível. Consequentemente surgem sintomas mais ou menos persistentes ou graves como: tosse persistente expectoração espessa dificuldade respiratória. As bactérias mais frequentemente isoladas nas secreções brônquicas na FQ são: *Pseudomonas aeruginosae Burkholderiacepaea*.

Com a evolução da doença surgem outros sinais e sintomas como: hipoxemia, dispneia, hemoptises, dor torácica aguda associada a dificuldade respiratória e pneumotórax. Pode ainda surgir obstrução e corrimento nasal dores de cabeça.

Com a introdução dos antibióticos nos anos 40, o prognóstico destes doentes melhorou significativamente e a maior sobrevida actual. O tratamento da doença pulmonar, baseia-se fundamentalmente na drenagem das secreções e no tratamento antibiótico. Apesar dos tratamentos, é muito difícil eliminar as bactérias que colonizam toda a árvore respiratória,

incluindo os seios perinasais. Perante a infecção crónica estabelecida, com os antibióticos tenta-se limitar a destruição pulmonar, reduzindo a concentração de bactérias e o grau de inflamação. Para que a administração dos antibióticos seja na altura correcta, médico, doente e familiares, devem estar atentos aos sintomas e sinais sugestivos de agravamento pulmonar.

A cinesiterapia respiratória é um dos componentes principais da abordagem terapêutica da FQ. A cinesiterapia respiratória tem como finalidade a higiene brônquica. Para tal os familiares e o doente devem estar sensibilizados e instruídos sobre as vantagens e as técnicas deste tipo de terapêutica. O número de sessões diárias são por regra duas e normalmente indica-se para:

- Idade inferior a 5 anos: Drenagem Postural com percussão e/ou vibrações e/ou compressões.
- Entre os 5 – 10 ano: Drenagem Postural com Ciclo Activo da Respiração.
- Idade superior a 10 anos: Drenagem Postural com Ciclo Activo da Respiração, FLUTTER VPR1, PEP MASK .

As sessões de cinesiterapia respiratória são complementadas com a inalação de fármacos através de aerossóis. Na FQ frequentemente usa-se para inalação os sistemas pneumáticos, constituídos por um nebulizador (reservatório) e um compressor eléctrico (fonte geradora de gás). Com estes sistemas complexos fazem-se os broncodilatadores (ex. Ventilan, Atrovent); antibióticos (ex. TOBI- Tobramicina; Colistimetato de Sódio-Colomicyn) e mucolíticos (ex. Pulmozyme). Da quantidade de aerossol gerada pelo nebulizador, só cerca de 10% vai ser depositada no pulmão. No caso de inalação ou de utilização do sistema incorrectas, a deposição do medicamento pode ser quase nula, não se conseguindo qualquer efeito terapêutico.

➤ **Aparelho reprodutor**

A nível do aparelho reprodutor masculino, o muco mais espesso pode, logo no feto, provocar obstrução dos canais deferentes (canais que levam o esperma dos testículos para o pénis), nascendo a criança com ausência bilateral dos canais deferentes e, como tal, esterilidade em 98%. No entanto, um doente do sexo masculino com FQ poderá ter filhos, através de punção das vesículas seminais, recolha dos espermatozóides e fertilização *in vitro*.

No sexo feminino as ovulações são normais, mas dada a existência de condições adversas, observa-se uma diminuição da fertilidade por ciclos anovulatórios. A presença de

muco cervical espesso que funciona como barreira aos espermatozóides é outro factor a contribuir para a diminuição da fertilidade.

Dieta e nutrição

Pela importância da nutrição na progressão da doença pulmonar, nas defesas do organismo, na resposta inflamatória pulmonar e na capacidade dos músculos respiratórios, o controlo nutricional tem que começar logo nos primeiros anos de vida. Os doentes com F.Q. têm um dispêndio energético aumentado, estimando-se que necessitam entre 20% a 50% mais calorias do que as outras pessoas. As necessidades em proteínas também estão aumentadas. Para facilitar um maior consumo destes alimentos pode-se recorrer a produtos de charcutaria (fiambre, paio, presunto) que se incluem nas refeições intermédias, ou simplesmente como aperitivo; e ovos como complemento do prato de carne ou peixe, ou incluídos em sobremesas (4 a 5 ovos por semana). Os doentes com F.Q. devem consumir gorduras em maior quantidade para compensar as necessidades energéticas. Para isso deve-se reforçar o azeite da sopa, utilizar molhos para temperar, como maionese, molho vinagrete, molho da própria confecção culinária; saltar batatas e legumes; adicionar gordura ao arroz, confeccionar esparguete e purés. A ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono às refeições principais (batatas, arroz, massa, feijão, grão) e nas refeições intermédias (pão, bolachas e tostas), complementada com as proteínas e as gorduras ajuda a fornecer a quantidade de energia necessária. Como o apetite por vezes é escasso, torna-se muito difícil aumentar o consumo dos alimentos. Algumas sugestões para ultrapassar este problema são engrossar sopas com fécula de batata e consumir cereais ou farinhas nas refeições intermédias; acompanhar as refeições com sumos de frutas; ingerir alimentos açucarados (sobremesas, bolos, chocolates), mas apenas após as refeições e não nos intervalos. Além de fornecer a quantidade adequada de vitaminas, minerais e fibras, devem consumir legumes, saladas e hortaliças nas sopas e acompanhamentos do segundo prato e duas a três doses de fruta diárias. Em casos especiais podem ser indicados suplementos hiperenergéticos.

Em todas as refeições o défice de enzimas pancreáticas é compensado com a administração das enzimas às refeições, para que os alimentos possam ser absorvidos. As enzimas são administradas em forma de cápsulas. A dose diária depende da idade e da situação do doente, pelo que poderá haver ajustes das doses.

Devido à malabsorção das vitaminas A,D,E e K, está indicado um suplemento polivitamínico diário.

Uma dieta adequada e agentes mucolíticos associados ao ajuste das enzimas pancreáticas são suficientes para controlar as situações de obstipação intestinal.

Outros links de interesse:

- ✓ The European Cystic Fibrosis Society-<https://www.ecfs.eu/>
- ✓ Associação Portuguesa de Fibrose Quística - <http://www.apfq.pt/>
- ✓ Exemplo de Circuito de Exercício Físico aplicado à FQ (Fonte: Associação Espanhola FQ (<https://youtu.be/FY1jNWKtqhQ>))

APÊNDICE VII

Folheto Acapela e Flutter/Shaker

Técnica de Utilização—Flutter

- Adotar posição de sentado com as costas direitas e a cabeça ligeiramente inclinada para cima, de forma a promover o relaxamento e a abertura da via aérea superior. Em alternativa, mantendo-se sentado, apoiar os cotovelos em cima de uma mesa, sem “descontrair” a posição das costas.



- Cumprir o angulo de colocação do flutter
- Cumprir os 2 passos da técnica de utilização.

Cuidados de manutenção e limpeza após utilização

- Desmontar todo o dispositivo, passar os componentes por água corrente da torneira, secar com uma toalha limpa e voltar a montar.
- De 2 em 2 dias recomenda-se uma limpeza mais profunda. Não use detergente da loiça ou lixívia. Coloque os componentes dentro de uma solução com 1 parte de vinagre e 3 partes de água da torneira, deixando cerca de 15min submerso. Após este tempo, passe por água corrente, seque com uma toalha limpa e volte a montar o dispositivo.
- Guardar num local limpo e seco.

Qualquer dúvida pode contactar a equipa de enfermagem do serviço de Pneumologia

Tel. 217805403

Elaborado por:

Enfª Ana Luísa Oliveira (estudante do 6º curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação, ESEL)

Orientado por:

Enfª Elisabete Amaral (Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

Janeiro, 2016

Limpeza das vias áreas Com dispositivo

- FLUTTER
- SHAKER



O que é?

Dispositivo usado para ajudar a libertar, mobilizar e eliminar o muco das suas vias aéreas.



Como atua?

Quando expira através do flutter/dispositivo, empurra a bola para cima e para baixo, e acontece o seguinte:

- As vibrações ajudam a desprender o muco e secreções que estão agarradas às vias respiratórias (como o abanar da árvore para fazer cair as maçãs).

- O aumento da pressão ajuda a manter as vias respiratórias abertas, favorecendo a deslocação do muco, o que significa que as secreções começam a libertar-se dos pulmões.

1º passo:

Libertação e movimentação do muco

- Inspirar devagar para além da inspiração normal, não enchendo os pulmões por completo.
- Colocar o dispositivo na boca, com os lábios fechados em volta do bucal.
- Posicionar o dispositivo na posição correta.



- Sustentar a respiração 2 ou 3 segundos e expirar através do dispositivo, com alguma rapidez mas sem se esforçar muito. Evitar expirar demasiado rápido ou forte.

- Sentir as vibrações máximas no peito. Expirar através do dispositivo até atingir um nível próximo da sua respiração normal. Qualquer tentativa de tossir deve ser evitada nesta fase.
- Repetir esta técnica 5 a 10 vezes.

2º Passo:

Remoção do muco através da tosse

- Inspirar devagar, enchendo por completo os pulmões.
- Sustentar a respiração durante 2 a 3 segundos.
- Colocar o dispositivo na boca, ajustar a inclinação, manter os músculos da face contraindo.
- Expirar com força através do dispositivo, durante o tempo em que conseguir.
- Repetir os passos anteriores uma ou duas vezes.
- Iniciar o ato de tossir.
- Retomar o passo 2 e repetir a sequência de forma a obter a maior eliminação possível de secreções.
- Higienizar o dispositivo no final das sessões.

Hospital Santa Maria
Serviço de Pneumologia Internamento Geral— Piso 8

Limpeza das vias aéreas
com dispositivo
ACAPELLA



Dispositivo com peça bucal removível, acoplada a uma estrutura rígida, cuneiforme, com uma válvula unidireccional e resistência expiratória que se ajusta manualmente. Existe em azul e verde.

Técnica de utilização

- Verificar se o mostrador de ajuste da frequência está rodado para a regulação de frequência-resistência correta.
- Sentar-se com os cotovelos pousados confortavelmente sobre a mesa.
- Colocar o bucal entre os dentes e fechar os lábios à volta do mesmo.
- Realizar uma respiração diafragmática, inspirando um volume de ar maior que o normal, mas sem encher os pulmões até à sua capacidade total.
- Sustentar a respiração durante 2-3 segundos.
- Expirar ativamente, mas sem utilizar demasiada força. A expiração deve durar 3 a 4 vezes mais do que a inspiração.
- Realizar 1 a 20 repetições (conforme a sua capacidade), retirar o bucal posteriormente e tossir 2-3 vezes para fazer progredir as secreções.

CUIDADOS DE MANUTENÇÃO E LIMPEZA

Higienizar o ACAPELLA no final das sessões e guardar num local limpo e seco:

- Desmontar o dispositivo, passar os componentes por água corrente da torneira, secar com uma toalha limpa e voltar a montar.
- De 2 em 2 dias recomenda-se uma limpeza profunda com o uso de sabão ou detergente da loiça, com a lavagem de todos os componentes e a sua passagem na água corrente.

**Qualquer dúvida pode contactar ao equipa
de enfermagem do serviço de Pneumologia**

Tel. 217805403

Elaborado por:

Enfª Ana Luisa Oliveira (Estudante do 6º curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação, ESEL)

Orientado por:

Enfª Elisabete Amaral (Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

APÊNDICE VIII

**Comunicação livre e resumo: “A
influência da literacia em saúde
na gestão da DPOC”**

A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Ana Luísa Oliveira^{a,b}, Ângelo Baptista^{a,c}, Paulo Plácido^{a,d}, Tiago Silva^{a,e}

^a Estudantes do CPLEER;

^b Enfermeira no Centro Hospitalar do Algarve;

^c Enfermeiro no Centro Hospitalar Lisboa Norte;

^d Enfermeiro na Unidade Local de Saúde da Guarda;

^e Enfermeiro no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

A promoção da literacia em saúde é indicada como o caminho a seguir na melhoria dos cuidados de saúde, em particular no que respeita às doenças crónicas, facilitando o acesso aos mesmos e a própria autogestão da doença¹. Reunir evidência científica sobre a influência da literacia em saúde na autogestão da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Realizou-se pesquisa nas bases de dados CINAHL PLUS *with full text* e MEDLINE *with full text*, utilizando os descritores “*Health Literacy*”, “*Lung Diseases, Obstructive*”, “*Pulmonary Disease, Chronic Obstructive*”, “*COPD*” e “*self-management*”. Os critérios de inclusão definidos foram: trabalhos de investigação qualitativos e quantitativos, publicados integralmente entre Janeiro de 2010 e Janeiro de 2015, no idioma português ou inglês. Como critérios de exclusão determinou-se a exclusão de trabalhos que abordassem outras patologias respiratórias que não a DPOC e também aqueles que abordassem outro tema que não o estudado.

Selecionaram-se quatro trabalhos. Verificou-se que independentemente do nível socioeconómico, a baixa literacia em saúde está associada a uma maior gravidade da DPOC, aumento do sentimento de desamparo, pior resultado na qualidade de vida e maior risco de recorrer ao serviço de urgência². Além disso, o nível de literacia em saúde parece não está associado a uma prática correta da técnica inalatória³. É necessário mais investigação sobre o impacto da literacia em saúde na capacidade do doente no acesso aos recursos disponíveis na comunidade⁴. O desenvolvimento de pictograma revelou ser benéfico na melhoria da autogestão do doente com DPOC independentemente dos diferentes níveis de literacia em saúde⁵.

A literacia em saúde traduz-se numa capacidade essencial na vida dos indivíduos, podendo ajudar a procurar e usar informação, assim como a ter controlo sobre a sua saúde. No cuidado à pessoa com DPOC importa que os enfermeiros tenham em consideração a literacia em saúde e a sua promoção com vista à melhoria na autogestão da doença.

Palavras- Chave: literacia em saúde, DPOC, auto-gestão.

- ¹ Araújo, T., Pinto, C. (2014). Adaptar a Reabilitação Respiratória à realidade de saúde em Portugal. In Workshop sobre reabilitação respiratória, (s.l), Outubro 2014, Fundação Portuguesa do Pulmão.
- ² Omachi, A., et al. (2013). Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Gen Intern Med.* 28(1), 74–81.
- ³ Kiser, K., et.al. (2011). A Randomized Controlled Trial of a Literacy- Sensitive Self: Management Intervention for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. *J Gen Intern Med.* 27(2), 190-5
- ⁴ Disler, T., et al. (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Studies.* 49, 230-242.
- ⁵ Roberts, N., Partridge, M. (2011). Evaluation of a paper and electronic pictorial COPD action plan. *Chronic Respiratory Disease.* 8(1), 31 – 40.

A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Ana Luísa Oliveira^{a,b}, Ângelo Baptista^{a,c}, Paulo Plácido^{a,d}, Tiago Silva^{a,e}

^a Estudantes do 6º CPLEER da ESEL (Unidade Curricular de Reabilitação I);

^b Enfermeira no Centro Hospitalar do Algarve;

^c Enfermeiro no Centro Hospitalar Lisboa Norte;

^d Enfermeiro na Unidade Local de Saúde da Guarda;

^e Enfermeiro no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Orientação: Prof.ª Cristina Saraiva



A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Introdução I

• Literacia em saúde:

- competências cognitivas/sociais e a capacidade dos indivíduos para terem acesso, compreenderem e usarem a informação que visa a promoção e manutenção da saúde.¹
- Dimensões: funcional, interativa, crítica.²
- Identificada como o caminho para melhorar os cuidados de saúde (i.e. pessoa com doença crónica), facilitando o acesso aos mesmos e à autogestão da doença.³

¹ WHO (1996). Health Promotion Glossary. Geneva: WHO.

² Nutbeam, D. (2008) – The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67, 2072-2078

³ Araújo, T.; Pinto, C. (2014). Adaptar a Reabilitação Respiratória à realidade de saúde em Portugal. In Workshop sobre reabilitação respiratória. (s.l.). Outubro 2014, Fundação Portuguesa do Pulmão.

2

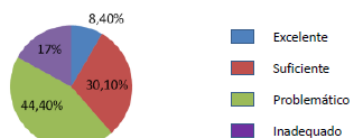


A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Introdução II

• Estudo Europeu de literacia em saúde:⁴

- Domínios: Cuidados de Saúde; Prevenção da Doença; Promoção da Saúde.
- Níveis de processamento da informação: Acesso/obtenção; Compreensão; Apreciação/julgamento/avaliação; Aplicação/utilização.



⁴ União Europeia - Saúde que Conta (2014). Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal (HLS - EU - PT) 3. Apresentação dos resultados preliminares. União Europeia



A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Introdução III

• Consequências⁴:

- Deficit na autogestão da doença crónica.
- Baixa adesão terapêutica.
- Aumento de episódios de agudização – internamentos de repetição.
- Aumento dos custos de saúde.
- Perda de autonomia nas atividades de vida diária.
- Diminuição da qualidade de vida.

⁴ Monteiro, M. (2009). A literacia em saúde. (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa

4



A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Objetivo

- Reunir evidência científica sobre a influência da literacia em saúde na autogestão da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Metodologia

- Bases de dados: CINAHL PLUS with full text; MEDLINE with full text.
- Descritores: "Health Literacy", "Lung Diseases, Obstructive", "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive", "COPD" e "self-management".
- Crítérios inclusão: trabalhos de investigação qualitativos e quantitativos; Janeiro de 2010 e Janeiro de 2015; idioma português ou inglês.
- Crítérios de exclusão: outras patologias respiratórias que não a DPOC e também aqueles que abordassem outro tema que não a influência da literacia em saúde na gestão da DPOC.

5



A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Resultados I

Identificação Estudo	Intervenções/ Instrumentos	Resultados
Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Omachi et al., 2013) ⁵	• Literacia em saúde (3 questões validadas); • Severidade da DPOC (COPD Severity Score); • Sentimento de desamparo (COPD helplessness Index) • Qualidade de vida (HRQoL).	A baixa literacia em saúde está associada a uma maior gravidade da DPOC, aumento do sentimento de desamparo, pior resultado na qualidade de vida e a maior risco de recorrer ao serviço de urgência.
A Randomized Controlled Trial of a Literacy-Sensitive Self-Management Intervention for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients (Kiser et al., 2011) ⁶	• Literacia em saúde (S-TOFHLA); • Qualidade de vida (SGRQ); • Espirometrias; • Grupo foi sujeito a intervenção educativa personalizada; • A técnica de inalação foi reavaliada entre 2 a 8 semanas após intervenção.	O nível de literacia em saúde não está associado a uma prática correta da técnica inalatória. Ambos os grupos beneficiaram da intervenção no que respeita à correta técnica inalatória.

⁵ Omachi, A., Sarkar, U., Yelin, M., Blanc, D., Katz, P. (2013). Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Gen Intern Med*, 28(1), 74-81.

⁶ Kiser, K., et al. (2011). A Randomized Controlled Trial of a Literacy-Sensitive Self-Management Intervention for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. *J Gen Intern Med*, 27(2), 190-5.

6



A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Resultados II

Identificação Estudo	Intervenções/ Instrumentos	Resultados
Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review (Dilzer et al., 2012) ⁷		É necessário mais investigação sobre o impacto da literacia em saúde na capacidade do doente no acesso aos recursos disponíveis na comunidade. A disponibilidade de recursos na comunidade influencia a capacidade de autogestão de sinais e sintomas.
Evaluation of a paper and electronic pictorial COPD action plan (Roberts & Partridge, 2011) ⁸	• Avaliada a idade, o género, as habilitações académicas e a literacia em saúde (REALM). • A cada doente foi mostrado cada símbolo do pictograma avaliando a sua interpretação.	Apesar dos diferentes níveis de literacia em saúde, o pictograma revelou ser benéfico na melhoria da autogestão do doente com DPOC.

⁷ Dilzer, T., et al. (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 230-242.

⁸ Roberts, N., Partridge, M. (2011). Evaluation of a paper and electronic pictorial COPD action plan. *Chronic Respiratory Disease*, 8(1), 31-40.

7



A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Comentários I

- A literacia em saúde no doente com DPOC não está associada:
 - ao nível socioeconómico;
 - à prática correta da técnica inalatória;
 - à interpretação de pictogramas.
- Mais investigação é necessária para estudar:
 - o impacto da literacia em saúde no acesso aos recursos disponíveis na comunidade no doente com DPOC.

8



A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC



A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

Comentários II

- A literacia em saúde na pessoa com DPOC está associada:
 - à severidade da DPOC (em sentido inverso);
 - ao sentimento de desamparo (em sentido inverso);
 - à qualidade de vida (em sentido direto);
 - ao risco de recorrer ao serviço de urgência (em sentido inverso).

Obrigado

ANEXOS

ANEXO I

Avaliação combinada DPOC, CAT
e mMRC

Avaliação combinada DPOC, CAT e mMRC

De acordo com as guidelines GOLD (2015), a DPOC deve ser avaliada de forma combinada, tendo em conta a avaliação de três parâmetros:

- Sintomatologia do doente, utilizando escalas:
 - *COPD Assessment Test* (CAT): 8 item que avaliam a limitação do estado de saúde e conforme pontuação pode apurar-se qual o impacto dessa limitação.
 - *Modified British Medical Research Council Questionnaire* (mMRC): avalia sintomas e permite prever o risco de mortalidade futura.
- Número de exacerbações: doentes com ≤ 1 por ano e sem necessidade de hospitalização (grupo A ou B) ou doentes com ≥ 2 ou ≥ 1 com necessidade de hospitalização (grupo C ou D)
- Grau de gravidade da doença: classificação GOLD, baseada na espirometria (Quadro 1).

Pós – Broncodilatador	
FEV1/FVC < 70%	GOLD 1 – Ligeiro: FEV1 \geq 80%
	GOLD 2 – Moderado: 50% \leq FEV1 < 80%
	GOLD 3 – Grave: 30% \leq FEV1 < 50%
	GOLD 4 – Muito Grave: FEV1 < 30%

Quadro 1. Classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC

Assim, da avaliação combinada pode-se concluir (Figura 1):

- **GRUPO A:** doentes pouco sintomáticos (CAT < 10 ou mMRC 0-1), máximo de 1 exacerbação/ano (sem hospitalização e Gold 1 ou 2, traduzindo doença de baixo risco.
- **GRUPO B:** doentes mais sintomáticos (CAT > 10 ou mMRC > 2), máximo de 1 exacerbação/ano (sem hospitalização) e Gold 1 ou 2, traduzindo também doença de baixo risco, mas com mais sintomas do que no grupo A.
- **GRUPO C:** doentes pouco sintomáticos (CAT < 10 ou mMRC 0-1), mas com ≥ 2 exacerbação/ano (ou pelo menos uma com necessidade de internamento

hospitalar) e Gold 3 ou 4, sendo doentes pouco sintomáticos mas com doença de alto risco.

- **GRUPO D:** doentes muito sintomáticos ($CAT > 10$ ou $mMRC > 2$) e com ≥ 2 exacerbação/ano (ou pelo menos uma com necessidade de internamento hospitalar) e Gold 3 ou 4, sendo doentes muito sintomáticos mas com doença de alto risco.

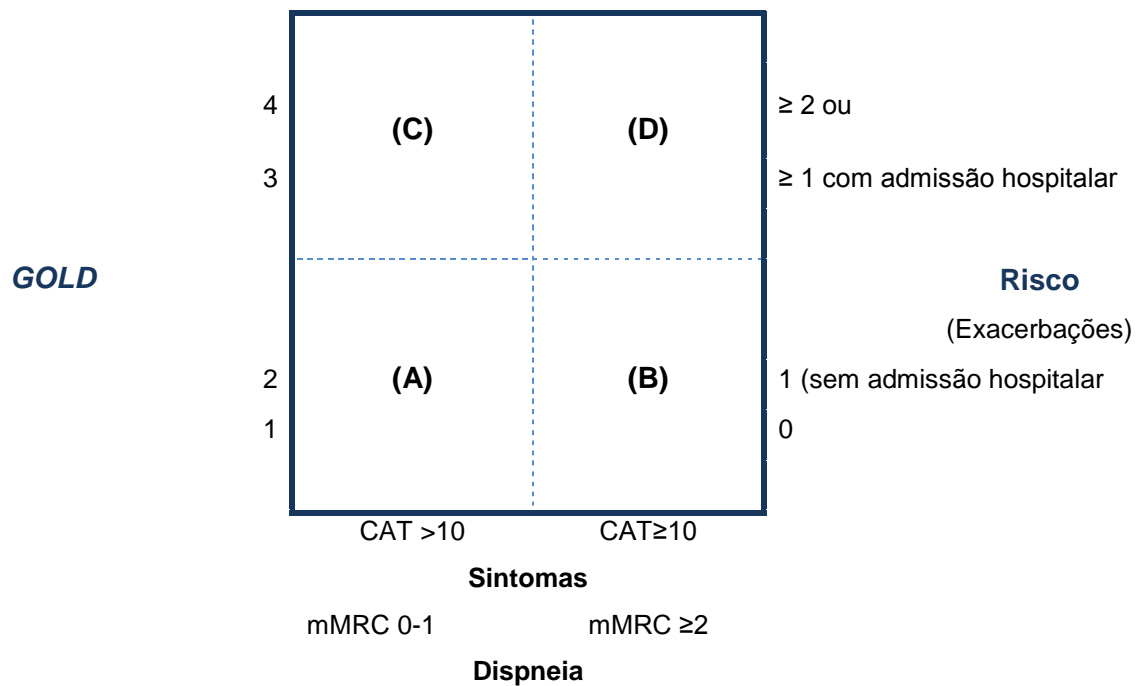


Figura 1. Avaliação Combinada (GOLD, 2015)

Questionário de Dispneia (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire)

Assinale com uma cruz (assim☒) o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

GRAU 1 Sem problemas de falta de ar expeto em caso de exercício intenso. <i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício intenso”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 2 Falta de folego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 3 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no meu passo normal. <i>“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 4 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos”.</i>	<input type="checkbox"/>
GRAU 5 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>“Estou sem fôlego para sair de casa”.</i>	<input type="checkbox"/>

O seu nome:

Data de hoje:



Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)

Este questionário irá ajudá-lo a si e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) está a ter no seu bem estar e no seu quotidiano. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por si e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar a gestão da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos pontos a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se que selecciona apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz ☐ 0 ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Estou muito triste

PONTUAÇÃO

Nunca tenho tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Estou sempre a tossir	<input type="text"/>
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	<input type="text"/>
Não sinto nenhum aperto no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto um grande aperto no peito	<input type="text"/>
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	<input type="text"/>
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	<input type="text"/>
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	<input type="text"/>
Tenho muita energia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia	<input type="text"/>
			PONTUAÇÃO TOTAL <input type="text"/>

ANEXO II

Objetivos Pneumologia

Objetivos Pneumologia

- Entender o papel do EEER integrado numa equipa multidisciplinar.
- Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação numa vertente de continuidade de cuidados, envolvendo o cliente/família.
- Mobilizar e consolidar conhecimentos adquiridos ao longo das disciplinas teóricas.
- Implementar programas de reabilitação respiratória.
- Compreender quais os métodos de avaliação do sucesso do programa de reabilitação respiratória, nomeadamente escalas de avaliação e outras ferramentas.
- Compreender o impacto da doença crónica respiratória no dia-a-dia do cliente, de forma a adequar os ensinamentos e cuidados.
- Aprofundar conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem inerentes ao doente com VNI e OLD.
- Aprofundar conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem inerentes ao doente com fibrose quística, nomeadamente cuidados após a alta.
- Melhorar a interpretação de exames imagiológicos (nomeadamente RX), prova de função respiratória, prova de marcha, gasometria e ainda sons de auscultação pulmonar.
- Perceber a importância dos ensinamentos realizados no decurso do internamento ao doente com DPOC que têm impacto na gestão da sua doença e promoção do autocuidado no seu domicílio.
- Reconhecer os passos de uma correta técnica inalatória.
- Ensinar, instruir e treinar sobre uso de espirometro de incentivo, flutter, acapella e shaker.

ANEXO III

Certificado de presença Meeting de Enfermagem (CHLN Outubro 2015)

MEETING ENFERMAGEM PNEUMOLÓGICA

21 e 22 de Outubro de 2015

CHLN

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Luísa Madureira Oliveira** participou no “**Meeting**” **Enfermagem Pneumológica**, realizado no Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Santa Maria em Lisboa, a 21 de Outubro de 2015.

P' A Comissão Organizadora



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HSM



HPV

ANEXO IV

Certificado de presença no

Congresso APER 2015.



Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2015

3-5 Dez | CHAVES

O Desenvolvimento Pessoal e Profissional

Certifica-se que:

Ana Luísa Madureira De Oliveira

esteve presente no **Congresso APER 2015**, que decorreu em Chaves de 3 a 5 de dezembro de 2015, num total de 18 horas.

E apresentou:

Comunicação Livre - A influência da literacia em saúde na gestão da DPOC

(Isabel Ribeiro – Presidente APER)